

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Vorstand: Herr Prof. Dr. med. Matthias Graw

**Die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München –  
eine Zusammenschau der medizinischen Befunde sexuell und körperlich  
misshandelter Kinder und Jugendlicher**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Lea-Marie Brandau  
aus Kassel

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatlerin: Frau Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel

Mitberichterstatler: Herr Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne  
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Müller Felber

Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin: Frau Dr. med. Claudia Bormann

Dekan: Herr Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 18.10.2018

*Für Andi*  
24.12.1987 - 29.12.2014

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
1.1 DER BEGRIFF KINDESMISSHANDLUNG IN DER GESCHICHTE .....	6
1.2 DEFINITION UND JURISTISCHE ASPEKTE DER KINDESMISSHANDLUNG.....	8
1.2.1 Gewalt.....	8
1.2.2 Kindesmisshandlung.....	8
1.2.3 Juristische Grundlagen .....	9
1.3 FORMEN DER GEWALT.....	12
1.3.1 Körperliche Gewalt.....	12
1.3.2 Sexuelle Gewalt .....	15
1.3.3 Vernachlässigung.....	16
1.3.4 Seelische Gewalt.....	16
1.4 SPEZIELLE FORMEN DER GEWALT.....	17
1.4.1 Münchhausen by Proxy.....	17
1.4.2 Schütteltrauma .....	17
1.5 DIE NOTWENDIGKEIT RECHTSMEDIZINISCHER AMBULANZEN IM BEREICH DES KINDERSCHUTZES .....	19
1.6 DIE KINDERSCHUTZAMBULANZ AM INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN DER LMU MÜNCHEN .....	21
1.7 HINTERGRUND DER ARBEIT .....	25
1.8 ZIEL DER ARBEIT .....	34
<b>2 MATERIAL UND METHODEN.....</b>	<b>35</b>
2.1 EPIDEMIOLOGISCHE DATENLAGE .....	35
2.2 ENTWICKLUNG EINER AUSWERTUNGSMETHODE .....	35
2.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG .....	36
2.4 LITERATURRECHERCHE .....	37
<b>3 ERGEBNISSE TEIL I: ENTWICKLUNG DER AUSWERTUNGSMETHODE .....</b>	<b>38</b>
3.1 VORSTELLUNGSGRUND .....	38
3.2 ALLGEMEINE DATEN .....	39
3.3 TATUMSTÄNDE .....	40
3.4 AUFTRAGGEBER.....	42
3.5 VORSTELLUNGSGRUND UND UNTERSUCHUNG .....	43
3.5.1 Sexuelle Gewalt .....	43
3.5.2 Körperliche Gewalt.....	51
3.5.3 Sexuelle und körperliche Gewalt .....	57
3.6 ABSCHLUSS UND WEITERES PROCEDERE .....	58
<b>4 ERGEBNISSE TEIL II: AUSWERTUNG DER EPIDEMIOLOGISCHEN DATEN ...</b>	<b>59</b>
4.1 VORSTELLUNGSGRUND .....	59
4.2 ALLGEMEINE DATEN .....	61
4.3 AUFTRAGGEBER.....	63
4.4 TATUMSTÄNDE .....	66
4.4.1 Vorfallszeitpunkt .....	66
4.4.2 Vorfallsort.....	67
4.4.3 Täterprofil.....	67
4.5 SEXUELLE GEWALT .....	72
4.5.1 Anamnese.....	72
4.5.2 Vorstellungsgrund und Details zu dem Delikt.....	72

4.5.3 Untersuchung .....	75
4.5.4 Befunde .....	76
4.6 KÖRPERLICHE GEWALT .....	81
4.6.1 Vorstellungsgrund und Details zu dem Delikt.....	81
4.5.2 Befunde .....	84
4.7 SEXUELLE UND KÖRPERLICHE GEWALT .....	93
4.7.1 Anamnese (gynäkologisch).....	93
4.7.2 Vorstellungsgrund und Details zu dem Delikt.....	93
4.7.3 Untersuchung .....	95
4.7.4 Befunde .....	96
4.8 PROCEDERE .....	100
4.8.1 Weiteres Vorgehen.....	100
<b>5 DISKUSSION.....</b>	<b>102</b>
5.1 AUFTRAGGEBER UND VORFALLSZEITPUNKT .....	104
5.1.1 Auftraggeber .....	104
5.1.2 Vorfallszeitpunkt .....	105
5.2 TATUMSTÄNDE .....	106
5.2.1 Opferprofil.....	106
5.2.2 Täterprofil und Täter-Opfer-Beziehung.....	107
5.3 SEXUELLE GEWALT .....	110
5.3.1 Untersuchung .....	110
5.3.2 Vorstellungsgrund und Befunde.....	111
5.4 KÖRPERLICHE GEWALT .....	117
5.4.1 Untersuchung .....	117
5.4.2 Vorstellungsgrund und Befunde.....	117
5.5 SEXUELLE UND KÖRPERLICHE GEWALT.....	123
5.6 PROCEDERE .....	125
5.7 AUSBLICK .....	126
5.8 FAZIT .....	128
<b>6 ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>131</b>
<b>7 VERZEICHNISSE .....</b>	<b>134</b>
7.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	134
7.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	135
7.3 TABELLENVERZEICHNIS .....	136
<b>8 LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>138</b>
<b>9 ANHANG.....</b>	<b>145</b>
9.1 UNTERSUCHUNGSBOGEN .....	145
9.2 KATEGORIEN NACH ADAMS .....	154
<b>10 CURRICULUM VITAE .....</b>	<b>155</b>
<b>11 DANKSAGUNG .....</b>	<b>156</b>
<b>12 EIDESSTAATLICHE VERSICHERUNG .....</b>	<b>157</b>

# 1 Einleitung

## ***1.1 Der Begriff Kindesmisshandlung in der Geschichte***

Die Geschichte der Kindheit ist auch eine Geschichte der Gewalt. „Wer sein Kind liebt, der züchtigt es“, galt lange als der Leitsatz der Kindererziehung. Bis weit in die 60er Jahre hinein war die Züchtigung von Kindern eine angewandte Erziehungsmethode (1).

Das Konzept der Kindesmisshandlung im heutigen Verständnis lässt sich nicht auf die Vergangenheit übertragen.

Kinder in der heutigen Zeit genießen einen anderen Stellenwert in der Gesellschaft als früher. Sie sind nicht das Besitztum der Eltern. Sie haben ein Recht auf Bildung und freie Meinungsentfaltung. Zudem vor allem das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung (2). Insofern hat sich die Bewertung von Gewalt gegen Kinder verändert. In den USA wurden in den 50er Jahren die ersten Kinderschutzgruppen gegründet (1). Weltweite Beachtung bekam das Thema Kindesmisshandlung durch die Arbeiten von C. Henry Kempe, Pädriater an der Universität von Colorado und Pionier in Fragen der Kindesmisshandlung in den frühen 60er Jahren.

Mit dem Artikel „The Battered Child Syndrome“ im Journal of the American Medical Association begann eine intensive internationale Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlung (3).

Der Artikel führte dazu, dass Kindesmisshandlung nicht mehr als einmaliger Sonderfall, sondern als leider häufig vorkommender Aspekt des Familienlebens erkannt wurde. Nicht nur Familien mit niedrigem Bildungsstand, sondern Kinder mit jedwedem familiären Hintergrund können Opfer von Misshandlungen sein (4). Trotz der neugewonnenen Aufmerksamkeit hielt sich die medizinische Auseinandersetzung in Bezug auf das Thema Kindesmisshandlung zunächst noch in Grenzen.

Die Entdeckung und Definition des Shaken Baby Syndroms in den 70er Jahren durch den Neurochirurgen Guthkelch und den amerikanischen Radiologen Caffey stellte einen weiteren Meilenstein dar. Sie bezeichneten das Schütteln von Säuglingen als die häufigste Todesursache durch Misshandlung (5) (6).

In den nächsten Jahren und Jahrzehnten gründeten sich Kinderschutzgruppen und 1992 veröffentlichte die Bundesärztekammer die ersten Leitlinien zum Thema (1).

Am 20. November 1989 wurde die Kinderrechtskonvention von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. In Deutschland trat sie am 5. April 1992 in Kraft. Die Konvention gilt in fast allen Staaten der Erde und regelt die Rechte der Kinder umfassend (7).

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration entwickelte im Jahr 2007 ein Gesamtkonzept zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen. Darin wurden Initiativen, Projekte und Vorhaben ausgearbeitet und schriftlich festgehalten. Grundprinzip ist die Verbesserung der Prävention, die Zusammenarbeit der für den Kinderschutz wichtigen Institutionen und die Vernetzung der Gesundheitsbereiche, die für Kinder und Jugendliche zuständig sind (8).

Mit dem Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“, des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin der LMU München und anderen wurde ein neues Netzwerk mit Handlungsleitlinien zur Prävention und Diagnostik von Kindeswohlgefährdung geschaffen (9).

## **1.2 Definition und juristische Aspekte der Kindesmisshandlung**

### **1.2.1 Gewalt**

Die Weltgesundheitsorganisation versteht unter Gewalt „den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (10).

### **1.2.2 Kindesmisshandlung**

Kindesmisshandlung als Gewalt gegen Kinder wird gegliedert in:

Vernachlässigung, psychische Misshandlung, physische Misshandlung und sexuellen Missbrauch (11).

Unter den Begriff fallen einzelne oder mehrere Handlungen oder Unterlassungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen, die zu einer körperlichen oder psychischen Schädigung von Kindern oder Jugendlichen führen, das Potential einer Schädigung haben oder die Androhung einer Schädigung enthalten (12).

Im Jahr 2015 registrierte die Polizei 11.808 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch und 3.441 Fälle von Kindesmisshandlung nach §225 StGB. In den meisten Fällen kannten sich Täter und Opfer (13) (4).

Kindesmisshandlung widerspricht grundlegend den Kinderrechten. Nach §1631 Abs.2 BGB haben Kinder ein Recht auf gewaltfreie Erziehung (2). Körperliche Bestrafungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig. Das Recht der Eltern auf Erziehung ihrer Kinder endet dort, wo Kindeswohlgefährdung beginnt. Ist zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung Hilfe erforderlich und können oder wollen Eltern dabei nicht ausreichend mitwirken, ist konsequentes Handeln, gegebenenfalls auch gegen den Willen der Eltern, erforderlich (2).

An diesem Punkt greifen Jugendämter und Gerichte ein, um das Wächteramt über die Kinder zu übernehmen (siehe auch §1666 BGB, insbesondere Ziffern 2.3.4. und 2.4.3) (14).

Kindeswohlgefährdung passiert selten auf offener Straße. Laut der Polizeilichen



Kriminalstatistik kommen die Täter (Männer wie Frauen) oftmals aus dem familiären Umfeld der Kinder. Das Vertrauensverhältnis wird ausgenutzt, um ein Abhängigkeitsverhältnis zu schaffen (4).

### **1.2.3 Juristische Grundlagen**

Nach § 225 StGB, Misshandlung von Schutzbefohlenen, wird derjenige zu einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis hin zu 10 Jahren verurteilt, der „eine Person unter 18 Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, seinem Hausstand angehört, von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen wurde, oder ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt“ (13).

### **Jugendamt**

Die Jugendämter sind vor allem beim Erkennen von Gewalt an Kindern auf die Mithilfe von Lehrern, ErzieherInnen an Kindertagesstätten, anderen Bezugspersonen und Ärzten angewiesen (15). Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zugetragen, muss das Gefährdungsrisiko nach § 8a Abs. 1 SGB VIII in Zusammenarbeit mit Fachkräften eingeschätzt werden (16). Eltern und Kinder müssen in die Einschätzung einbezogen werden, so lange der wirksame Schutz der Kinder nicht in Frage gestellt ist. Sollte dies der Fall sein, haben die Jugendämter den Familiengerichten die im Interesse des Kindeswohls notwendigen Wirkungsaufgaben bzw. Einschränkungen des Elternrechts zu beantragen (14)(17). Sollte eine dringende Gefahr bestehen und der Beschluss des Familiengerichts nicht abgewartet werden können, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind in Obhut zu nehmen (18).

Eine Schwierigkeit bei der Meldung von Verdachtsfällen liegt jedoch darin, dass Ärzte und medizinisches Personal nach §203 StGB der Schweigepflicht unterliegen: „Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung

eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, [. . .] anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft“ (19).

Es besteht die Sorge, dass mit Einführung einer Meldepflicht an das Jugendamt, Eltern ihre Kinder nicht mehr zum Arzt bringen, auch wenn dies dringend notwendig wäre, oder den Arzt häufig wechseln würden. Ärzte befinden sich somit als Vertrauensperson oftmals in einem Dilemma. Die Schweigepflicht auf der einen Seite, die Pflicht, für das Wohl des Kindes zu sorgen, auf der anderen Seite.

Mit § 34 StGB „Rechtfertigender Notstand“, besteht die Möglichkeit, das Problem zu umgehen:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahr, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden“ (20).

Werden Ärzten also Anhaltspunkte bekannt, die das körperliche, geistige und seelische Wohl der Kinder gefährden, stehen ihnen zwei Möglichkeiten offen. Entweder der Arzt bezieht sich auf seine Schweigepflicht und meldet die Kindeswohlgefährdung nicht. Ist der Arzt allerdings der Meinung, dass dem betroffenen Kind nur auf Rechtswegen zu helfen ist, darf er laut §34 StGB das Wohl des Kindes vor seine eigene Schweigepflicht setzen (20) (21). Als Sonderweg hat Bayern im Jahr 2008 eine gesetzliche Mitteilungspflicht für Ärzte und Hebammen gegenüber dem Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten für Misshandlung, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung eingeführt (GDVG Art. 14 Abs. 6) (22) (9). Dieses Gesetz schafft Handlungsklarheit in Bezug auf die Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes. Das Jugendamt hat dann nach §8a SGB VIII über das weitere Vorgehen zu entscheiden (16). Somit handelt es sich nicht um eine zusätzliche Regelung zur Abklärung von Kindeswohlgefährdung, sondern beschreibt die Schwelle, ab der eine Mitteilungspflicht ausgelöst wird (9).

Um die weiterhin bestehenden Lücken im Kinderschutz zu schließen, wurde am 01.01.2012 das Bundeskinderschutzgesetz verabschiedet. Es hat sich zum Ziel gemacht durch Intervention und Prävention, sowie aktiven Diskurs mit allen

Beteiligten, den Kinderschutz zu stärken (23).

## **1.3 Formen der Gewalt**

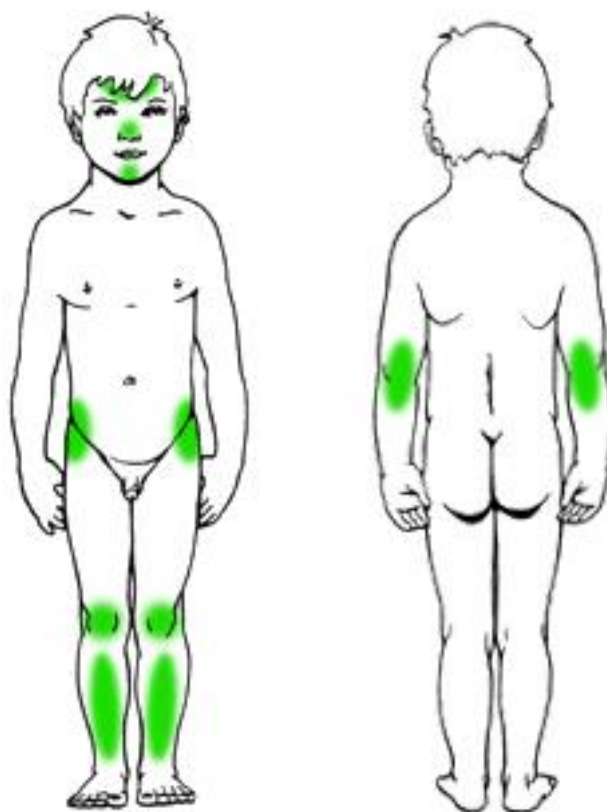
### **1.3.1 Körperliche Gewalt**

Körperliche Misshandlung ist die nicht zufällige, absichtliche körperliche Gewaltanwendung durch Eltern (oder anderer Erziehungsberechtigter) gegenüber ihren Kindern. Sie umfasst ein breites Spektrum von Handlungen, angefangen bei Schlägen bis hin zu absichtlichen Verbrennungen (24). Zu den Formen körperlicher Gewalt zählen stumpfe/schürfende Gewalt (Schläge, Tritte, Bisse) thermische Einwirkungen, scharfe und spitze Gewalt (durch Messer o.ä.) und Strangulation (Würgen, Erhängen, Erdrosseln). Das Schütteltrauma stellt eine zusätzliche Form dar (25).

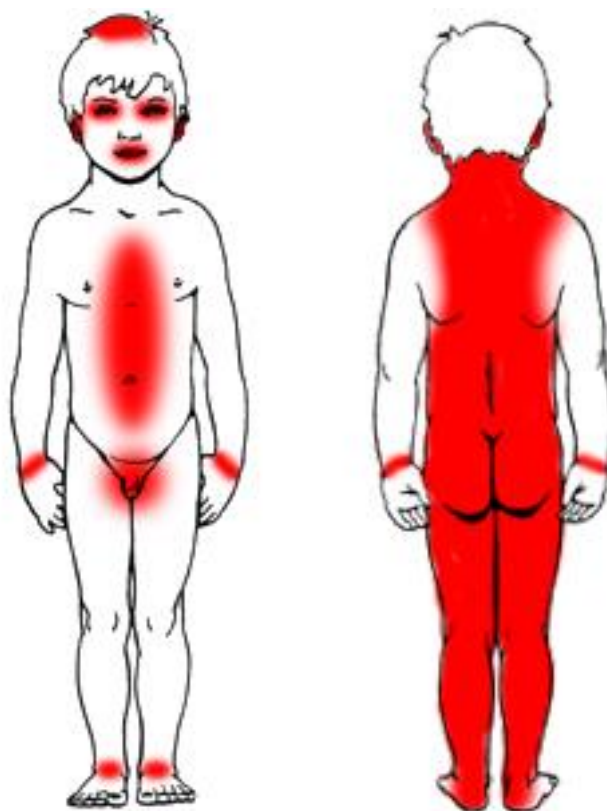
Die Haut als größtes Organ des Menschen ist bei fast allen Kindern mit betroffen. Hier spielen Art, Lokalisation und zeitliche Zuordnung eine wichtige Rolle. Am häufigsten kommen Kontusionen, Verbrennungen, Risswunden und Abrasionen als Folgen von stumpfer und thermischer Gewalteinwirkung vor. Schnitte, sowie Würgen und Drosseln sind bei Kindern eher seltener dokumentierte Verletzungen (26) .

In der Literatur werden Hämatome an sturz- und stoßexponierten Stellen abgegrenzt von Hämatomen an Stellen, die eher für eine nicht akzidentielle Ursache sprechen. Art und Lokalisation geben oftmals Aufschluss über die möglichen Entstehungsmuster. Bei Kindern mit multiplen Hämatomen sollte immer auch eine Gerinnungsstörung in Betracht gezogen und gegebenenfalls ausgeschlossen werden. Wichtige Hinweise hierfür können sich aus der Anamnese ergeben. Es sollte beispielsweise erfragt werden, ob Kinder regelmäßig zu Hämatombildung, auch nach Bagatellverletzungen, neigen. Generell gelten Hämatome bei prämobilen Kindern und Säuglingen als misshandlungsverdächtig (26).

Hämatome abseits knöcherner Prominenzen, an Gesicht, Rücken, Abdomen, Armen, Gesäß, Ohren und Händen sollten gezielt betrachtet werden. Gehäuft große Hämatome, unterschiedlich farbige Hämatome an gleichem Ort, multiple Hämatome in Clustern, in gleichartiger Form oder Einzelhämatome mit Abdruckmuster gelten ebenfalls als misshandlungsverdächtig (26).



**Abbildung 1: Hämatomlokalisierung sturz- und stoßspezifisch (modifiziert nach HERRMANN B. et al., 2016) (26)**



**Abbildung 2: Hämatome an misshandlungsverdächtigen Lokalisationen (modifiziert nach HERRMANN B. et al., 2016) (26)**

Betreffend die thermische Gewalt wird grundsätzlich zwischen Verbrühungen und Verbrennungen unterschieden (27). Eine Verbrühung ist die Folge einer Einwirkung feuchter Hitze, charakteristisch ist hier der Erhalt der Hautanhangsgebilde (z.B. Haare). Verbrennung beschreibt die Kontaktverbrennung durch trockene Hitze (26).

Die Graduierung von thermischen Verletzungen erfolgt durch Einteilung in Tiefenausdehnung, Lokalisation und Prozent der betroffenen Körperoberfläche. Es werden insgesamt vier Schweregrade definiert, wobei Grad 2 eingeteilt wird in 2a und 2b (28). Zu beachten ist hier, dass sich oftmals die wahren Ausmaße der Verletzungen erst nach einigen Stunden zeigen. Zudem bestehen Grundlagendaten zur Einwirkdauer, bis Verbrühungen bei bestimmten Temperaturen entstehen (29).

Bedeutend für die Beurteilung der Verletzungsmuster ist das Wissen, dass es bei akzidentiellen Verletzungen typischerweise zu Übergießmechanismen kommt.

Es finden sich asymmetrische und unregelmäßig verteilte Verbrühungsmuster. Misshandlungsverdächtige Verbrühungen entstehen mehrheitlich durch Eintauchen in heißes Wasser. Diese Art von Verletzungen wird daher auch als Immersionsverletzung beschrieben. In der Mehrzahl ist die untere Extremität betroffen und die Verletzungen treten in Handschuh- oder Strumpfmusterform auf (30) (26).

Bei Kontaktverbrennungen durch z.B. Zigaretten, zeigen sich meist typische Verletzungsbilder. Die Hautdefekte erscheinen oftmals wie ausgestanzt, bzw. stellen sich als bereits in Abheilung befindliche bzw. abgeheilte runde bis rund-ovale Narben dar. Durch wiederholtes Ausdrücken der Zigarette können die Verletzungen konfluieren und der Rand erscheint „kokardenartig“ (31) (27).

Grundsätzlich gelten folgende Szenarien als gewichtige Anhaltspunkte für das Anwenden körperlicher Gewalt (31):

- konturierte (umschriebene, geformte) Verletzungen, z. B. Striemen nach Stockschlägen,
- thermische Verletzungen, z. B. durch Ausdrücken von Zigaretten,
- relevante Verletzungen an Regionen, die nicht oder nur schwer durch das Kind selbst erreichbar und nicht sturztypisch sind,
- mehrfache, gleichzeitig entstandene relevante Verletzungen an unterschiedlichen Lokalisationen, die nicht sturztypisch sind,
- relevante Verletzungen an „geschützten“ Regionen, wie z. B.

Oberarminnenseiten, obere Gesäßpartie, die nicht plausibel durch einen Unfall erklärt werden können,

- relevante Verletzungen bzw. Verletzungsmuster, die nicht durch den angegebenen Unfallmechanismus plausibel verursacht worden sein können,
- Abwehrverletzungen gegen erhebliche Gewalteinwirkungen (z. B. Parierverletzung am Unterarm),
- Würge- oder Drosselmarken,
- Schütteltrauma.

### **1.3.2 Sexuelle Gewalt**

Sexuelle Gewalt im strafrechtlichen Sinn ist eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung (32).

Sexuelle Handlungen an oder mit Kindern sind (auch bei scheinbarem Einverständnis der betroffenen Kinder) immer strafbar (33).

Laut §176 StGB gilt: Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter 14 Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von einem Kind durchführen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 10 Jahren bestraft (32).

Der Begriff der sexuellen Ausbeutung bzw. der sexuellen Gewalt wird in drei Bereiche gegliedert. Unterschieden werden zum einen eindeutige Formen wie z.B. genital-oraler Verkehr, Eindringen in After oder Vagina des Kindes mit Finger, Penis oder Gegenständen (Hands-on-Form). Andererseits bestehen weitere ausbeutende Formen, welche ebenfalls den kindlichen Körper zur Befriedigung Erwachsener nutzen. Darunter ist z.B. das Berühren oder Manipulieren am Genitale des Kindes, sowie die Aufforderung an das Kind, das Genitale des Erwachsenen zu berühren, zu verstehen. Ebenso zählen das Anfertigen von pornografischen Aufnahmen und das Anschauen von Pornographie mit den Kindern und Jugendlichen darunter. Daneben existieren Verhaltensweisen, welche erst im Nachhinein häufig als Beginn einer sexuellen Ausbeutung erkannt werden. Hierunter sei das Beobachten des Kindes beim Baden oder das Ausziehen vor dem Kind zu verstehen (Hands-off-Taten) (34).

In der aktuellen Literatur werden Äußerungen der Kinder, verdächtige Veränderungen im Verhalten sowie Auffälligkeiten im Anogenitalbereich als Vorstellungsgrund im Zusammenhang mit dem Verdacht auf einen sexuellen

Missbrauch genannt (35). Hilfe für die Interpretation anogenitaler Befunde liefert die Klassifikation nach Adams ( siehe Anhang) (36). Die Untersucher müssen über ausgeprägte Kenntnisse der Anatomie des Anogenitalbereichs verfügen. Normvarianten bei Kindern sind vielfältig, die Differenzierung oftmals nicht eindeutig. Zudem müssen Differentialdiagnosen zum sexuellen Missbrauch abgeklärt werden, dermatologische Erkrankungen (Lichen sclerosus et atrophicus etc.) ebenso wie anogenitale Fehlbildungen oder Infektionen (35).

### **1.3.3 Vernachlässigung**

Vernachlässigung stellt die häufigste Misshandlungsform dar, die zum Teil schwerwiegende Konsequenzen für Gesundheit und Entwicklung der Kinder und Jugendlichen nach sich ziehen kann. Vernachlässigung ist ein multimodales Geschehen und beinhaltet meist einen chronischen Zustand (37).

Der Begriff Vernachlässigung wird in körperliche und emotionale Vernachlässigung unterteilt. Körperliche Vernachlässigung beschreibt eine nicht hinreichende Versorgung mit Kleidung und Nahrung und einen Mangel an Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen kann. Emotionale Vernachlässigung (Deprivation) beschreibt ein ungenügendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot (38).

### **1.3.4 Seelische Gewalt**

Grundsätzlich ist unter dem Begriff „seelische Misshandlung“ jedes Verhalten von Bindungspersonen, welches den Selbstwert eines Kindes herabsetzt, zu verstehen (39). Täter seelischer Gewalt sind meist die Eltern oder Stiefeltern. Beschrieben wird außerdem die seelische Gewalt durch pädagogische Bezugspersonen und Gleichaltrige. Die Folgen seelischer Misshandlung sind oftmals unspezifisch und die Diagnosestellung schwierig, da die Folgen auch abhängig von der Persönlichkeitsstruktur der betroffenen Kinder sind. Grundsätzlich gilt, dass seelische Gewalt oft in Kombination mit anderen Misshandlungsformen auftritt (39).



## **1.4 Spezielle Formen der Gewalt**

### **1.4.1 Münchhausen by Proxy**

Das Münchhausen by proxy Syndrom beschreibt eine fürsorglich erscheinende Mutter, die ihr Kind mit ausgedachten, selber herbeigeführten oder produzierten Krankheitsbildern medizinischen Versorgungssystemen zuführt. Dies hat zur Folge, dass unnötige Therapiemaßnahmen veranlasst werden und das Krankenhauspersonal indirekt und unwissentlich an den Misshandlungen mitwirkt (40). In der Regel handelt es sich bei den Tätern um Mütter, die sich als besonders gute Mütter darstellen und teilweise die wahnhafte Vorstellung hegen, dass ihre Kinder krank seien und nur durch sie überleben könnten (41).

Im Rahmen der auftretenden Symptome und deren Interpretation hinsichtlich der Genese kann eine rechtsmedizinische Expertise notwendig werden.

### **1.4.2 Schütteltrauma**

Das Schütteltrauma bei Kindern ist die häufigste Ursache des non-accidental head injury (nicht akzidentiell Schädel-Hirn-Trauma). Das Opfer wird an Brustkorb oder Extremitäten gehalten und der Kopf durch Schütteln in unkontrollierte Bewegungen versetzt (42). Nach Berechnungen wird das Kind bei einem Schütteltrauma im Schnitt 5-10 Sekunden mit einer Frequenz von 10-30 mal geschüttelt (43).

Zwischen Gehirn und Schädelkapsel entstehen Scherkräfte, da das Gehirn dem Kopf erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung folgt. Diese Scherkräfte führen zum Abriss der Brückenvenen. Subdural- und Subarachnoidalblutungen sind die Folge. Das gleichzeitige Vorliegen von subduralen Blutungen und/oder subarachnoidalen Blutungen, retinalen Blutungen und schwerer neurologischer Symptomatik trotz geringen/fehlenden externen Verletzungen, gilt als diagnostische Trias für das sogenannte Shaken Baby Syndrome. Je nach Ausmaß der Schädigung können die Symptome variieren (44).

Betroffen sind meist Kinder zwischen zwei und fünf Monaten („Hauptschreialter“).

Etwa  $\frac{1}{4}$  der Kinder sterben innerhalb von Tagen bis Wochen nach dem Schütteltrauma.  $\frac{2}{3}$  der Kinder erleiden Folgeschäden.

Die besondere Gefahr liegt darin, dass ein Säugling nicht in der Lage ist, der ausgeübten Krafteinwirkung mit eigenen Kräften entgegenzuwirken, zum anderen ist das Säuglingsgehirn noch unreif und bedeutend anfälliger für Verletzungen als das ausgebildete Gehirn eines Erwachsenen (42).

Zudem liegen neben den genannten Befunden im Einzelfall Rippenfrakturen vor, welche durch das Zupacken am Thorax entstehen können (vor allem posterior/paravertebral) (44).

### **1.5 Die Notwendigkeit rechtsmedizinischer Ambulanzen im Bereich des Kinderschutzes**

Die Thematik der Kindesmisshandlung hat durch die Präsenz in den Medien eine neue Dimension bekommen (21). Fälle von verhungerten und verdursteten Kindern werden in den Medien geschildert, das Versagen von Eltern, Jugendämter und anderen mit dem Kinderschutz beauftragten Personen angeklagt.

Jugendämter, Gerichte, Schutzbefohlene und Ärzte müssen auf Grund dessen mehr und mehr versuchen, ein starkes Netzwerk zu bilden. Der klinischen Rechtsmedizin kommt in diesem Rahmen eine immer größer werdende Rolle im Bereich der Prävention und Diagnostik zu. Als unabhängiger Multiplikator zwischen den unterschiedlichen Institutionen leistet die klinische Rechtsmedizin einen wichtigen Beitrag bei der Aufklärung von Fällen der Kindeswohlgefährdung (9).

Rechtsmediziner sind dazu ausgebildet, kriminalistisch zu denken. Durch die Prüfung von Verletzungsbildern und angegebenen Entstehungsmechanismen helfen sie mit ihrer Expertise Aussagen auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen. Anamnese, körperliche Untersuchung, Asservierung von Spuren und das Erstellen von Gutachten durch Rechtsmediziner sind für die Strafverfolgungsbehörden unerlässlich geworden. Um den Kindern das Trauma von Mehrfachuntersuchungen zu ersparen, ist die Untersuchung durch geschulte (ärztliche) Experten notwendig (21).

Die Mitarbeiter in rechtsmedizinischen Ambulanzen (Ambulanzen als niedrigschwelliges Angebot für Opfer, die noch keine Anzeige bei der Polizei gestellt haben) sind speziell geschult im Umgang mit Opfern von Gewalt. Die Untersuchungen sind kostenlos und werden ausschließlich von Fachpersonal durchgeführt.

Besonders kleine Kinder können sich nicht artikulieren. Sie können nicht erzählen, was wirklich passiert ist. Sie sind zum Teil traumatisiert und verängstigt. Aufgrund fehlender anatomischer Kenntnisse und fehlender sexueller Erfahrungen sind gerade die Angaben sehr junger Missbrauchsoffer häufig kindlich-subjektiv geprägt und stimmen oftmals nicht mit dem realen Tathergang überein (45).

Insbesondere sexueller Missbrauch an Kindern hinterlässt oftmals wenige bis keine Spuren. Mit dem Begriff „Penetration“ können kleine Kinder nichts anfangen. Sie sind noch nicht in der Lage zu unterscheiden, ob ein Penis oder ein Gegenstand eingeführt wurde, oder ob „nur“ äußerliche Berührungen stattgefunden haben (46).

Die Aufgabe der Rechtsmediziner ist es, einen anogenitalen Befund zu erheben, im Hinblick auf die (Fremd-)Anamnese zu interpretieren und eine Stellungnahme abzugeben mit der Polizei, Staatsanwaltschaft und/oder Jugendämter weiterarbeiten können (21).

## **1.6 Die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München**

Im Jahr 2010 wurde am Institut für Rechtsmedizin der LMU München das Pilotprojekt „Kinderschutzambulanz“ in das Leben gerufen. Seit Mai 2011 wird das Projekt vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration gefördert und finanziell unterstützt. Aus der Notwendigkeit heraus, aktiv gegen Kindesmisshandlung anzugehen, die Dunkelziffer zu erhellen, sowie Betroffenen einen Ort des Hinsehens zu schaffen, nahmen die Mitarbeiter des Ambulanz-Teams am Institut für Rechtsmedizin ihre Arbeit auf. Untersucht werden Kinder (unter 14 Jahren) und Jugendliche (über 14 Jahren) mit dem Verdacht auf oder zum Ausschluss körperlicher Gewalt und/ oder sexuellen Missbrauchs.

Über die Jahre hinweg hat sich die Kinderschutzambulanz (KSA) als bayernweites Kompetenzzentrum etabliert.

### **Tätigkeitsfeld der Ambulanz**

Die Möglichkeit der Kontaktaufnahme besteht per Telefon oder online-Kontaktformular. Untersuchungen sind von Montag bis Freitag von 8.00- 16.00 möglich. Jeden Werktag von 17 Uhr bis 8 Uhr des nächsten Tages sowie das gesamte Wochenende existiert ein telefonischer Bereitschaftsdienst, der neben telefonischen Beratungen auch nicht aufschiebbare körperliche Untersuchungen in der genannten Zeit durchführt.

### **Adressaten**

Das Angebot richtet sich an alle Personen, die in einer öffentlich-sozialen Einrichtung Familien und Kinder bzw. Jugendliche betreuen, z.B. Jugendamt, Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte, die mit der Untersuchung Betroffener betraut sind und Sorgeberechtigte, die den Verdacht auf eine Misshandlung oder einen Missbrauch haben bzw. Betroffene selbst.

### **Aufgabengebiete**

Die Aufgabengebiete der Ambulanz erstrecken sich von kostenlosen beratenden und

vermittelnden Tätigkeiten bis zur ebenfalls kostenlosen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen. Die Untersuchungsergebnisse werden ausgewertet und bewertet, die Auftraggeber informiert.

Grundsätzlich besteht für die Auftraggeber auch die Möglichkeit eines ausformulierten, schriftlichen und gerichtsverwertbaren Gutachtens, welches jedoch infolge des zusätzlichen Arbeitsaufwandes kostenpflichtig ist.

Zur Bekanntmachung des Ambulanzangebotes und zur steten Erinnerung findet einmal jährlich eine Flyeraktion statt. Über 8000 Infobroschüren werden an niedergelassene Allgemeinmediziner, Gynäkologen und Pädiater in Bayern, sowie an Kliniken verschickt. In Zusammenarbeit mit Übersetzern ist es gelungen, die Infobroschüren der Ambulanz nicht nur in deutscher, sondern ebenso in arabischer, türkischer und serbokroatischer Sprache anzubieten. Andererseits haben Ärzte auch die Möglichkeit größere Mengen an Infobroschüren anzufordern, um sie an Kollegen oder betroffene Familien weiterzugeben.

## Angebote

Die Ambulanz bietet Unterstützung an bei Klärung von Fragen zur Erkennung körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen, vorwiegend für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für Jugendämter, Hebammen und andere mit dem Gewaltproblem befassten Gruppen.

Zur Hauptaufgabe zählen die kostenlose Untersuchung von Kindern und Jugendlichen, die gerichtsverwertbare Dokumentation in Wort und Bild, und die Asservierung von Spuren. Als Träger von (DNA-)Spuren können Blut, Urin, Fremdkörper, Haare, Hautabriebe und Speichelproben entnommen werden. Diese werden im Institut aufbewahrt und können gegebenenfalls vor Gericht als Beweismittel Verwendung finden. Gegenstände, Kleidung und ähnliches müssen von den Betroffenen oder den Auftraggebern, nach eingehender Beratung, selber asserviert werden. Die Fotodokumentation erfolgt nach rechtsmedizinischen Standards als Übersichts- und Detailaufnahmen sowie mit Maßstab (47).

Die Untersuchungen werden anhand eines eigens für die Untersuchungen ausgearbeiteten Bogens durchgeführt, um eine vollständige Dokumentation zu erreichen (siehe Anhang). Räumlichkeiten, die speziell für die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen eingerichtet sind, runden das Angebot ab. Abbildung 3

zeigt den Warteraum der Kinderschutzambulanz, Abbildung 4 den Wickeltisch für Säuglinge und Kleinkinder.



**Abbildung 3: Warteraum der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München**



**Abbildung 4: Wickeltisch für Kinder in den Räumlichkeiten der Kinderschutzambulanz**

Das Angebot der telefonischen Beratung gilt ebenfalls für Betroffene, Angehörige, aber auch für Ärztinnen und Ärzte. Für Kliniken und Praxen besteht die Möglichkeit, Kinder an die Ambulanz zu „überweisen“.

Des Weiteren bietet die Ambulanz die Anbindung an andere Kliniken zur weiteren therapeutischen und diagnostischen Versorgung an, sowie die Vermittlung von Kontakten zu sozial-therapeutischen Einrichtungen.

Die Mitarbeiter der Ambulanz bieten regelmäßig Schulungen für Kinderärztinnen und -ärzte an. Viermal fand eine Schulung auf der Insel Frauenchiemsee statt, außerdem werden regelmäßig Vorträge und Schulungen an Kliniken, bei Qualitätszirkeln, für Jugendämter, Familienhebammen und anderen Institutionen, welche mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen, gehalten.

Um als bayernweites Kompetenzzentrum für alle Kolleginnen und Kollegen erreichbar zu sein, wurde die geschützte online Plattform Remed-online entwickelt. Dort besteht die Möglichkeit, Fälle anonym zu schildern und Fotos oder Röntgenbilder sicher zu übermitteln. Die Mitarbeiter des Ambulanzteams bewerten die Fälle aufgrund der vorliegenden Anknüpfungspunkte aus rechtsmedizinischer Sicht und geben Handlungsvorschläge.

Teammitglieder der Kinderschutzambulanz nehmen an Treffen von Kinderschutzgruppen in verschiedenen Kinderkliniken teil.



## **1.7 Hintergrund der Arbeit**

Als im Jahr 2010 das Pilotprojekt Kinderschutzambulanz startete, erfolgte die Dokumentation von Anamnese und Befunden handschriftlich auf einem Untersuchungsbogen. Um einen Überblick über die Arbeit der Kinderschutzambulanz zu bekommen, begann man Ende 2010 mit der Erfassung von Name, Alter, Vorstellungsgrund und Anamnese in Form einer Excel Tabelle.

Aus dieser anfänglichen Erfassung entwickelte sich die Notwendigkeit einer ausführlichen Erfassung der erhobenen Daten und Befunde und somit die Idee der vorliegenden Arbeit. Die Auswertungstabelle sowie der Untersuchungsbogen wurden weiterentwickelt, um insbesondere die Verletzungs- und Befundmuster der Kinder in eine Form zu bringen, die allgemeingültige Aussagen zu Verletzungsmustern bei körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen zulässt. Genauso verhielt es sich mit gewonnenen Details zu Tatumständen und Täterprofilen.

Aufgrund dessen wurde damit begonnen, die Dokumentationsbögen auf ihren Informationsgehalt hin zu prüfen, zu überarbeiten und eine Möglichkeit der Erfassung zu entwickeln. Dieser Weg der Entwicklung wurde zum wesentlichen Bestandteil der vorliegenden Arbeit und soll im „Material und Methodik“-Teil vorgestellt werden.

Im Folgenden wird zunächst exemplarisch der Ablauf einer körperlichen Untersuchung in der Kinderschutzambulanz dargestellt und erläutert, warum bestimmte Details Einzug in den Untersuchungsbogen fanden.

Die rechtsmedizinische Expertise im Hinblick auf die Dokumentation und Beurteilung von Verletzungen stützt sich auf die drei Säulen: Anamnese, Körperliche Untersuchung und Spurensicherung (48). Alle drei zusammen bilden das Gerüst, aufgrund dessen geschilderte Tathergänge auf ihre Plausibilität hin überprüft werden können. Die Basis einer rechtsmedizinischen Beurteilung von Verletzungsmustern bilden die Erfassung von Form, Farbe, Größe, Tiefe und Ausdehnung von Verletzungen sowie eine Dokumentation in Wort und Bild (Übersicht- und Detailaufnahmen). Zudem werden die Betroffenen nach Tathergang, Vorfallsort, Vorfallszeitpunkt, Täter und Verhalten nach der Tat befragt. All diese Punkte müssen in einem vor Gericht standhaltendem Untersuchungsbogen (siehe Anhang) berücksichtigt werden.

## Exemplarischer Ablauf einer Untersuchung

Nach der Vereinbarung eines Untersuchungstermins kommen Kinder und Jugendliche in Begleitung von Erwachsenen in die Kinderschutzambulanz. Für die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen muss grundsätzlich die Erlaubnis der Sorgeberechtigten vorliegen. Obliegt das Sorgerecht dem Jugendamt, ist dieses weisungsbefugt.

Basierend auf den drei Säulen Anamnese, Körperliche Untersuchung und Spurensicherung beginnt jede Vorstellung in der Kinderschutzambulanz mit der Erhebung einer detaillierten Anamnese. Hierzu zählen neben der Schilderung von Tathergang, Vorfallszeitpunkt, Vorfallsort und Angaben zu dem Täter, auch eine Befragung zur medizinischen Vorgeschichte sowie die Erhebung einer gynäkologischen Anamnese.

Bei der Anamnese sollte darauf geachtet werden, wie Familienmitglieder und Kinder/Jugendliche miteinander agieren, wer spricht und wie spontan und kohärent die Vorgeschichte ist (49).

Die betroffenen Kinder werden zum Tatgeschehen nicht befragt. Spontane Äußerungen der Kinder werden notiert. Details zum Tathergang muss bei den Begleitpersonen erfragt werden, soweit diese dies wissen (21).

Die Verletzungs- und Befundanamnese sollte möglichst detailliert erfasst werden. Der Verletzungshergang so genau wie möglich erfragt werden, außerdem, wann sie bemerkt wurde, ob damit ein Arzt aufgesucht wurde und mit wem das Kind vor dem Auftreten der Verletzungen Kontakt hatte (49) (46).

Details zum Tatverdächtigen sind, wenn möglich, ebenfalls zu erfragen. Hier interessieren vor allem Alter und Beziehungsgrad des Tatverdächtigen zum Kind. Wichtig zu erfassen ist außerdem der Zeitpunkt des letzten Vorfalls. Gerade im Hinblick auf die Interpretation der Verletzungsmuster und der Sinnhaftigkeit einer Spurensicherung ist es wichtig zu wissen, wie viel Zeit zwischen letztem Vorfall und der Untersuchung vergangen ist (50).

Aufdeckung von psychischer Misshandlung ist nicht Aufgabe der Kinderschutzambulanz. Das soziale Umfeld der Kinder wird in einem gesonderten Bogen erfasst und dient der Erfassung möglicher Risikofaktoren für eine

Misshandlung.

Zu einer vollständigen Anamnese gehört ebenso die Erfragung von Vorerkrankungen, sowie Körpergröße und Körpergewicht der Kinder (49).

Die gynäkologische Anamnese ist vor allem bei pubertierenden oder postpubertierenden Kindern und Jugendlichen von Bedeutung. Vorangegangener freiwilliger Geschlechtsverkehr sollte erfragt werden (DNA- und Spermaspuren könnten eventuell auch von freiwilligem Geschlechtsverkehr bei Jugendlichen stammen, ebenso Schleimhautdefekte) (49) (51).

Ein sexueller Missbrauch kann auf unterschiedliche Arten stattfinden. Es wird neben dem Ort der Penetration (oral, vaginal, anal), nach dem Körperteil (Penis, Finger) und dem Gegenstand, mit dem penetriert wurde, gefragt. Angaben betreffend Kondomnutzung, Ejakulation und Verwendung von Gleitmitteln sollten notiert werden (49).

Für die spätere Spurensicherung muss außerdem nach dem Nachtatverhalten gefragt werden. Das Nachtatverhalten beinhaltet Toilettengänge, Zähneputzen, Waschen, Baden oder Duschen (52).

Nach der vollständigen Erhebung der Anamnese folgt die Untersuchung der Kinder- und Jugendlichen sowie die Spurensicherung.

Je nach Fragestellung geht es bei der Untersuchung in der Kinderschutzambulanz um die Aufklärung von Verdachtsfällen zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Gewalt. Unabhängig von der Fragestellung geht der genitalen Inspektion die körperliche Untersuchung des gesamten Körpers voraus. Jedes Kind soll ganzheitlich betrachtet werden. Zur Dokumentation der Verletzungen ziehen die Untersucher ein Körperschema zu Hilfe, auf welchem, bei Bedarf auch farbig, die unterschiedlichen Verletzungen eingezeichnet und beschrieben werden sollen.

Der Fotoaufnahme in der Übersicht folgen Detailaufnahmen, orthograd zur Körperoberfläche und mit Zuhilfenahme eines Maßstabs (47).

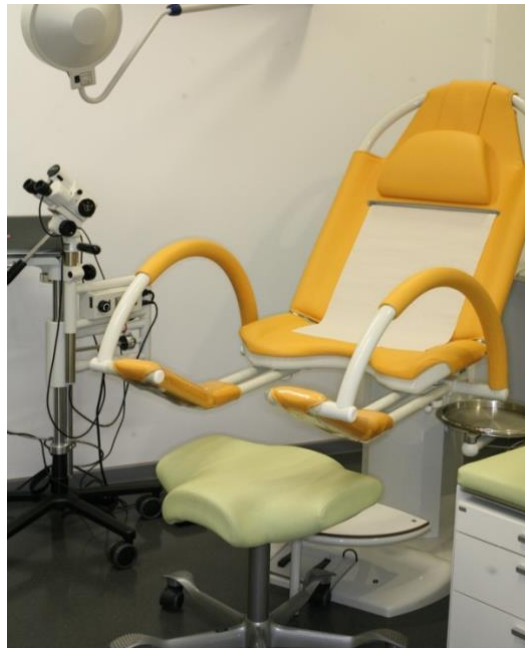
Die Ambulanz verfügt über eine Spiegelreflexkamera, um die Qualität der Fotoaufnahmen zu sichern. Außerdem werden Lineale als Hilfsmittel verwendet, um die Größen- und Längenausmaße der Verletzung zu dokumentieren.

Besteht der begründete Verdacht auf den sexuellen Missbrauch eines Kindes erfolgt im Rahmen der körperlichen Untersuchung auch die Untersuchung des

Anogenitalbereichs.

Die Mitarbeiter der Kinderschutzambulanz führen keine gynäkologischen Untersuchungen durch. Das Genitale wird äußerlich betrachtet. Ein Spekulum oder ähnliche gynäkologische Hilfsmittel kommen nicht zum Einsatz. Sieht der Rechtsmediziner eine Notwendigkeit für eine weiterführende Untersuchung, wird an einen Kindergynäkologen verwiesen.

Die Ambulanz verfügt über ein Kolposkop, welches mittlerweile der Goldstandard bei der Erhebung von Genitalbefunden ist (53). Mit Hilfe des Kolposkops kann das äußere Genitale vergrößert dargestellt werden (Vergrößerung 6- bis 40-fach). Der Befund kann mittels der eingebauten Kamera fotografiert und auf dem mit der Kamera verbundenen Laptop digital gespeichert werden.



**Abbildung 5: Gynäkologischer Stuhl und Kolposkop in den Räumlichkeiten der KSA**

Grundsätzlich werden die Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz in Rückenlage auf der Untersuchungsliege oder auf dem gynäkologischen Stuhl vorgenommen.

Bei sehr kleinen Kindern lässt sich die Untersuchung am besten in den Prozess des Wickelns integrieren.

Zunächst wird das äußere Genitale inspiziert und die großen Labien separiert und traktiert. Hierbei werden die großen Schamlippen zwischen Daumen und Zeigefinger genommen und eine leichte Zugbewegung nach unten und außen ausgeübt. Die

Separation und Traktion der großen Labien erlaubt einen ersten, orientierenden Überblick über die tiefer gelegenen Anteile des äußeren Genitale (49).

Die Inspektion gibt Aufschlüsse über das Pubertätsstadium nach Tanner, Rötungen oder äußere Verletzungen.

Bei Mädchen in der hormonellen Ruheperiode sollte grundsätzlich die Untersuchung nach der Inspektion in Rückenlage in Knie-Ellenbogen Position durchgeführt werden, in der gleichzeitig der After inspiziert werden kann (50).

Abschließend erfolgt nach jeder Untersuchung ein Gespräch mit den Begleitpersonen, um die Ergebnisse der Untersuchung sowie das weitere Vorgehen zu besprechen.

## Hintergrundwissen

Einige Unterpunkte auf dem Untersuchungsbogen erfordern Grundlagenkenntnisse. Somit werden im Folgenden einige für das Verständnis der weiteren Arbeit wichtige Details erläutert. Die in der Arbeit verwendeten Fotos sind alle in der KSA aufgenommen worden.

## Das Hymen

Das Hymen ist eine verschieden ausgebildete Platte, welche den Introitus vaginae umgibt (54). Die äußeren Geschlechtsorgane werden von den inneren Genitalien durch das Jungfernhäutchen abgetrennt (55). Es werden verschiedene anatomische Formen des Hymens beschrieben. Die Platte des Hymens stellt für gewöhnlich einen Ring dar, Hymen anularis (siehe Abbildung 5). Ist die Öffnung sehr stark nach vorne verschoben, wird das Hymen halbmondförmig, Hymen semilunaris. Auch der Rand des Hymens ist nicht immer glatt, sondern kann gekerbt sein und Lappen, Hymen lobatus, oder Fransen, Hymen fimbriatus (siehe Abbildung 6) aufweisen. Finden sich mehrere kleine Öffnungen an Stelle des großen Introitus spricht man von einem Hymen cribriformis. Als Überrest der Fusionierung der beiden Müllerschen Gänge, kann der Introitus vaginae in zwei Öffnungen geteilt sein, Hymen septus. Verschließt das Hymen den Introitus vaginae komplett, spricht man von einem Hymen imperforatus (54).

In der Beurteilung des Hymenalbefundes müssen folgende Gesichtspunkte beachtet werden: Welche Form hat das Hymen? Passt das Erscheinungsbild zu Alter und

Entwicklungsstand des Kindes und unterliegt das Hymen einem hormonellen Einfluss, bzw. sind Östrogenisierungszeichen erkennbar? (56). Zudem werden neben der Hymenalform auch die Beschaffenheit (zart und durchscheinend in der Ruhephase, fleischig unter Östrogeneinfluss), das Aussehen des freien Hymenalsaums (glatt, gewellt, Kerben, Tiefe der Kerben, Lücken), ggf. der transhymenale Durchmesser und eventuell die Dehnungsfähigkeit des Hymenalsaums mitbeurteilt (21).

Der Befund des Hymens ist hormonabhängig. In der hormonellen Ruheperiode (etwa dritte Lebenswoche bis achtes Lebensjahr) stellt sich das Hymen als straff und rigide da (nicht östrogenisierter Zustand). Auch wenn das Hymen in der hormonellen Ruheperiode aufgrund von Östrogenisierungszeichen (beim Stillen gelangen Hormone der Mutter in den Körper des Kindes) labbrig ist, zeigt es ähnliche Eigenschaften wie ein nicht-östrogenisiertes Hymen in dieser Periode. In diesem Zustand ist es schmerzempfindlich und leicht verletzbar (56).

Das östrogenisierte Hymen (Reifungsperiode) ist nachgiebig, weich und sukkulent. In dieser Phase ist es nicht mehr so verletzungsanfällig wie in der hormonellen Ruheperiode. Scheidenkanal und Scheidenvorhof sind nun feucht.

In allen Lebensphasen, in denen Hormone wirksam werden, zeigt das Hymen Zeichen der Östrogenisierung (siehe Abbildung 6). Bei Neugeborenen zeigt das Hymen diese Zeichen als Zeichen der mütterlichen Hormonwirkung, in der Präpubertät und Pubertät als Zeichen der beginnenden Ovarialfunktion (56).

Früher wurde einzig die Weite der hymenalen Öffnung als Beleg für einen sexuellen Missbrauch benutzt, Paradies (1989) hinterfragt diese Methode und betont die Bedeutung kindlicher Aussagen bezüglich des Missbrauchs (57).

Heute steht die Tatsache fest, dass das Hymen auch bei stattgefundenem sexuellem Kontakt intakt sein kann (56). Grundsätzlich gilt, dass bei bereits hormonell umgewandelten Hymen eine vollständige Penetration mit dem Penis auch ohne Setzen von Verletzungen möglich sein kann (50).



**Abbildung 5: sechsjähriges Mädchen, hormonelle Ruheperiode, Hymen anularis**



**Abbildung 6: Hymen fimbriatus**

## Pubertätsstadien nach Tanner

Die Pubertätsstadien nach Tanner orientieren sich an der Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Insgesamt werden für jedes Merkmal fünf Stadien von vorpubertär bis zur vollen Entwicklung beschrieben (58).

## Klassifikation nach Adams

In der Beurteilung anogenitaler Befunde hat sich die Klassifikation nach Adams, erstmals 1992 publiziert, als Werkzeug durchgesetzt (59).

Anfang des Jahres 2015 wurde die gängige Klassifikation nach Adams erweitert bzw. verändert (36).

Kategorie I beinhaltet Befunde, welche bei Neugeborenen oder nicht misshandelten Kindern als Normvarianten gesehen werden.

In Kategorie II nach Adams, früher unklare oder nicht ermittelbare Befunde, fallen nun Befunde, über die keine einheitliche Meinung zwischen den Experten herrscht bzw. zu denen zwar Studien bestehen, dies aber aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht aussagekräftig sind.

In Kategorie III nach Adams fallen die Befunde, die durch ein Trauma und/oder sexuellen Kontakt entstanden sind (siehe Anhang).

## Spurensicherung

Eine Spurensicherung ist immer dann sinnvoll und notwendig, wenn Untersuchungszeitraum und angegebenes Delikt in einem nahen Zeitraum zueinander liegen. Sind bereits Wochen oder Jahre vergangen, macht eine Spurensicherung keinen Sinn mehr. Ebenso macht eine Spurensicherung nur Sinn, wenn Kenntnis über eventuelle Reinigungsvorgänge und damit einhergehende Spurenvernichtung besteht, da das Ergebnis einer Spurensicherung besser interpretiert werden kann.

Kleidung kann von den Betroffenen ggf. selber asserviert werden (Kleidung in Papiertüte verpacken und lichtgeschützt sowie trocken aufbewahren).

Nur nach einem, kurze Zeit zurückliegendem, Sexualdelikt sind Spermaspuren zu erwarten. Grundsätzlich gilt bei Kindern in der hormonellen Ruheperiode, dass Spermaspuren am Körper bis neun Stunden nach der Tat nachzuweisen sind. Nach 24 Stunden ist eine Nachweisbarkeit unwahrscheinlich (60). Bei Erwachsenen bzw. Jugendlichen in der pubertären Reifungsperiode gilt eine Nachweisbarkeit der Spermien bis einschließlich vier Tage nach dem Geschlechtsverkehr (61).

Spermaspuren, sowie Speichelspuren, können mit einem angefeuchteten, DNA – freien Wattetupfer, entnommen werden. Die Wattetupfer müssen luftgetrocknet werden. Tupfer sind immer aufzubewahren, da sie bei einem positiven Spermiennachweis als Material zur DNA Untersuchung genutzt werden können (48). Sofern die Abstrichentnahme bei Kindern möglich ist, sollte sie mit 3-4 Wattetupfern aus dem hinteren Scheidengewölbe erfolgen (in der Regel gelingt maximal der Abstrich mit nur einem Wattetupfer). Abriebe aus Mundhöhle und After erfolgen auf gleiche Art und Weise.

Die Sicherung von Speichelspuren, durch z.B. Küssen oder Bisse, erfolgt ebenfalls



über die Entnahme von Abstrichen (50).

### Psychosoziale Aspekte

Im Jahr 2013 wurde der Untersuchungsbogen um einen „Wahrnehmungsbogen“ erweitert, der die familiäre Situation der Kinder und deren Fürsorgebeanspruchung beleuchtet. Dieser wurde aus verschiedenen Quellen zusammengestellt und modifiziert (62) (63) (64).

Man versucht sich ein ganzheitliches Bild von der Situation zu machen, in der das Kind aufwächst. Sind die Eltern zusammen oder getrennt, gibt es Geschwisterkinder, ist der Fürsorgeanspruch auf Grund einer Behinderung des Kindes erhöht, liegt ein Migrationshintergrund vor oder befindet sich die Familie in einer chronischen Belastungs- oder Stresssituation. Bestimmte Verhaltensweisen seitens des Kindes oder besondere äußere Umstände gelten als kindliche Risikofaktoren, Opfer von Gewalt zu werden. Schreibabys, frühgeborene Säuglinge, chronisch erkrankte Kinder sowie Pflege- und Stiefkinder gelten als potentiell gefährdeter als andere (65). Natürlich spielen sowohl die Kindheitserfahrungen der Eltern selber als auch das soziale Umfeld eine Rolle. Sind die Eltern selber Opfer von sexuellen oder körperlichen Übergriffen geworden, ist das Risiko für die Kinder höher ebenfalls Gewalt zu erleben (65).

### **1.8 Ziel der Arbeit**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zum einen sowohl die erhobenen Daten der Kinderschutzambulanz transparent und auswertbar darzustellen, um ein Resümee über die Datenlage zu ziehen und es mit Angaben aus der Literatur zu vergleichen. Zum anderen sollte eine Möglichkeit gefunden werden, in einem Körperschema notierte, per Fotoaufnahme und schriftlich dokumentierte Verletzungsmuster auswertbar zu machen und erhobene Anamnesen darauf zu prüfen, mit welcher Gewaltform man es zu tun hat.

Daraus ergeben sich folgende Punkte:

- Darstellung der Entwicklung der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München vom Pilotprojekt zum bayernweiten Kompetenzzentrum sowie weiterführend die Bedeutung einer rechtsmedizinischen Ambulanz im Kontext des Kinderschutzes
- Entwicklung und Ausarbeitung eines im praktischen Alltag nutzbaren Untersuchungsbogens
- Entwicklung einer Methode zum Auswerten des Untersuchungsbogens, vor allem im Hinblick auf die Befunde körperlich misshandelter und/oder sexuell missbrauchter Kinder
- Vergleich der erhobenen Daten mit der Literatur.

## 2 Material und Methoden

### ***2.1 Epidemiologische Datenlage***

Der Untersuchungsbogen der Kinderschutzambulanz diene als Grundlage zur Datenerhebung und Auswertung der Datenlage für folgende Punkte (siehe Anhang 9.1):

- Name
- Geburtsdatum
- Auftraggeber
- (Fremd)-Anamnese zur Tat
- Allgemeine Anamnese
- Gynäkologische Anamnese
- Gynäkologische Untersuchung
- Procedere
- Zusammenfassung der Befunde

### ***2.2 Entwicklung einer Auswertungsmethode***

#### Untersuchungsbogen

Um die Daten in den verwendeten Untersuchungsbögen erfassen zu können, wurde ein Ordnungssystem etabliert, in dem die Bögen in Papierform hinterlegt wurden, geprüft, und zur weiteren Erfassung zunächst alphabetisch sortiert abgeheftet wurden. Um Fotoaufnahmen zuordnen zu können, wurde der Fall zunächst im internen elektronischen Datenerfassungssystem (WIN-LIMS) aufgenommen, eine interne Nummer vergeben und mit dieser laufenden Nummer ein Ordner erstellt, unter dem die Fotoaufnahmen abgelegt wurden. Der Laptop, welcher mit dem Kolposkop verbunden ist, wurde so programmiert, dass Fotoaufnahmen direkt unter der laufenden Fallnummer der untersuchten Kinder und Jugendlichen abgespeichert werden können.

Des Weiteren musste ein Konzept für die weitere Verwendung der Untersuchungsbögen entwickelt werden. Ziel war es, aus den Untersuchungsbögen

alle wichtigen und interessanten Details herauszufiltern, für eine statistische Auswertung verwendbar zu machen und den Untersuchungsbogen weiterzuentwickeln.

Begonnen wurde damit, alle Untersuchungsbögen zu sichten, um sich ein Bild zu machen, über welchen Informationsgehalt sie verfügten. Das Team der Kinderschutzambulanz bestand und besteht aus mehreren Mitarbeitern und relativ schnell wurde deutlich, dass jeder Mitarbeiter auf andere Details Wert legte und somit die Untersuchungsbögen zwar alle vollständig ausgefüllt waren, jedoch in der Ausführlichkeit der Beschreibungen eine große Varianz bestand. Somit mussten Erfassungs-Items entwickelt werden, die aus unterschiedlich langen Freitexten sinnvoll bestückt werden konnten.

Des Weiteren wurde die gängige rechtsmedizinische und allgemeine Literatur zum Thema Kindesmisshandlung gelesen und auf verwendbare Items untersucht (z.B. besonders häufig von Misshandlung betroffene Körperregionen). Es wurden zusammen mit einer Statistikerin Kategorien zu den Items gebildet, um eine einheitliche Erfassung möglich zu machen.

Aus der niedergeschriebenen bzw. im Körperschema eingezeichneten Befunddokumentation der verschiedenen Untersucher wurde versucht, die Items adäquat auszufüllen, um sich in der Zusammenschau aller Befunde ein Bild machen zu können, welche Körperregionen von Missbrauch und/oder Misshandlung am häufigsten betroffen waren.

Im Laufe des Schreibens der vorliegenden Arbeit kamen immer weitere Ideen für Items auf (z.B. wurde die Rolle der Jugendämter für die Auswertung wichtig, was anfangs nicht der Fall war). Diese Items wurden hinzugefügt und nach wiederholter Prüfung aller Bögen mit Informationen gefüllt. Einige Items fielen später aus der Erfassung heraus, da ihr Aussagegehalt schlichtweg zu gering war (z.B. wenn in zu wenigen Untersuchungsbögen eine Auskunft über eine bestimmte Fragestellung zu finden war oder die Angaben zu wenig im Detail erfasst waren).

### ***2.3 Statistische Auswertung***

Die in der Excel-Tabelle (Excel 2010) erfassten Daten dienten als Datenquelle für die

Auswertung mit Hilfe von Pivot Tabellen. Die Diagramme wurden mit Pivot Chart angefertigt. Als Schreibprogramm diente Word 2010.

## **2.4 Literaturrecherche**

Begleitend zur Entwicklung einer Auswertungsmethode wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Verwendet wurden neben rechtsmedizinischen Fachbüchern, Kinder- und Jugendgynäkologische Fachbücher, sowie mit Hilfe des online Zugangs der LMU München Publikationen aus Fachzeitschriften und medizinischen Datenbanken (z.B. pubmed) zu den Stichwörtern: Kindesmisshandlung, Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Diagnostik Kindesmisshandlung, Rechtsmedizinische Aspekte bei Kindesmisshandlung. Zudem wurden notwendige Gesetzestexte einbezogen.

### **3 Ergebnisse Teil I: Entwicklung der Auswertungsmethode**

Im Folgenden werden die zur Auswertung entwickelten und verwendeten Items dargestellt. Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Entwicklung einer Methode zur Erfassung der Befunde. Aufgrund dessen wird Hauptaugenmerk auf diese Items gelegt.

Grundsätzlich wurde die Kategorie „unbekannt“ gewählt, wenn das Detail auf dem Untersuchungsbogen nicht notiert wurde (der Begleitperson oder dem Untersucher nicht bekannt). Die Kategorie „keine Angabe“ wurde gewählt, wenn von der befragten Person keine Angaben gemacht wurden (wenn keine Angaben gemacht werden wollten oder aufgrund eines Mangels an Wissen über das Detail keine Angaben gemacht werden konnten). In der folgenden Auflistung bedeutet der Begriff „Freitext“, dass der Erfasser entweder eine Zahl oder einen nicht kategorisierten Text eingeben konnte.

Die detaillierte Auswertung der Items findet sich in Ergebnisteil II.

Bei Ergebnisteil I handelt es sich um eine reine Darstellung der zur Auswertung entwickelten Items. Der Einleitung sind die (medizinischen) Hintergründe der Items zu entnehmen.

#### **3.1 Vorstellungsgrund**

In der Zusammenschau aller in der KSA untersuchten Kinder und Jugendliche stellte sich heraus, dass Kinder und Jugendliche sowohl mit dem Verdacht auf, als auch zum Ausschluss körperlicher Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauchs vorgestellt wurden. Der Begriff „Misshandlung“ bezeichnet im weiteren Verlauf der Arbeit eine generelle gewalttätige Handlung gegen Kinder und Jugendliche. Er wird somit als Oberbegriff verwendet und bei Spezifizierung (z.B. stumpfe Gewalt, spitze Gewalt, thermische Gewalt) konkretisiert.

Im Folgenden wird zwischen Verdacht auf (V.a.) und zum Ausschluss (z.A.) unterschieden. Die Kategorie „z.A.“ wird dann gewählt, wenn bei dem Kind oder Jugendlichen selber keine Auffälligkeiten vorlagen, aber z.B. ein Geschwisterkind mit

dem Verdacht auf eine Gewalttat untersucht wurde oder Kinder in Obhut genommen wurden und prophylaktisch abgeklärt werden sollte, dass die Kinder keine Verletzungen aufwiesen.

#### GEWALTKATEGORIEN:

- V.a. sexuelle Gewalt
- z.A. sexuelle Gewalt
- V.a. körperliche Gewalt
- z.A. körperliche Gewalt
- V.a. sexuelle und körperliche Gewalt
- z.A. sexuelle und körperliche Gewalt

### **3.2 Allgemeine Daten**

Zunächst wurde herausgefiltert, welche allgemeinen Informationen zu den Kindern und Jugendlichen von Bedeutung für die spätere Auswertung sein könnten. Für die Altersgruppen wurden Unterkategorien gebildet, um herauszukristallisieren, welches Alter einen Risikofaktor für eine Kindesmisshandlung darstellt. Unter „Vorerkrankungen“ sollte erfasst werden, ob z.B. chronische Erkrankungen (chronische Darmerkrankungen, Gerinnungsstörungen etc.) vorliegen, deren Kenntnisse für die Beurteilung von möglichen Befunden eine Rolle spielen könnte.

#### GESCHLECHT

- männlich/weiblich

#### GEBURTSDATUM

- Freitext

#### EXAKTES ALTER

- Freitext

ALTERSGRUPPEN

- unter 1 Jahr
- 1 bis unter 6 Jahren
- 6 bis unter 10 Jahren
- 10 bis unter 14 Jahren
- 14 bis unter 18 Jahren

KÖRPERGRÖßE

- Freitext

KÖRPERGEWICHT

- Freitext

VORERKRANKUNGEN:

- Freitext

### **3.3 Tatumstände**

Zeitpunkt, Ort und Tatverdächtiger (im Folgenden als TV bezeichnet) wurden detailliert betrachtet. Als von besonderem Interesse stellte sich die Beziehung des TV zu dem untersuchten Kind oder Jugendlichen heraus. Der Begriff TV sagt im Folgenden nichts darüber aus, ob der TV auch im juristischen Sinne tatverdächtig ist. Es werden die Personen als TV bezeichnet, die anamnestisch von dem/der Geschädigten selber, den Sorgeberechtigten, Ärzten oder dem JA als solche benannt wurden. Aufgrund der Bedeutung für die Beurteilung der Befunde wurde die Latenzzeit zwischen Vorfall und Untersuchung in der KSA genau herausgearbeitet.

LETZTER VORFALL BIS UNTERSUCHUNG

- Innerhalb 24 Stunden
- 2 bis 3 Tage
- 4 bis 7 Tage
- > 1 bis 2 Wochen
- > 1 Monat bis 3 Monate
- > ¼ Jahr bis ½ Jahr
- > 1 Jahr bis 2 Jahre
- > 2 Jahre



MEHRMALIGE VORFÄLLE

- ja/nein

VORFALLSORT

- Sonstiges (Urlaub, Ausland, etc.)
- Wohnung des Kindes
- andere Wohnung (Wohnung Großeltern, Stiefeltern etc.)
- Einrichtung (soz.) (Kindergarten, Schule, Betreuungseinrichtung etc.)
- öffentlich zugänglich (Spielplatz, Diskothek etc.)

TATVERDÄCHTIGER (TV)

- Freitext

GESCHLECHT TV

- männlich/weiblich
- männlich und weiblich

ANZAHL TV

- Freitext

ALTER TV

- Freitext

ALTER KATEGORIE

- Kind (er)
- Jugendliche (r)
- Erwachsen (e)
- Jugendliche (r) oder Erwachsene (r)

BEZIEHUNG TV KIND

- leibliche Eltern
- leiblicher Vater
- leibliche Mutter
- Erweiterte Familie (Stiefeltern, Geschwister, Onkel, Tante, Großeltern etc.)
- Bekannte (r) (Nachbar etc.)
- „Erzieherisch Verantwortliche (r)“

- Bekanntes anderes „Kind“
- Ex-Freund
- Fremde/unbekannte Person (en)

Unter „Erzieherisch Verantwortliche (r)“, zählen neben Erziehern und Lehrern auch Betreuer in Einrichtungen. Die Kategorie „Ex-Freund“ wurde im Nachhinein hinzugefügt, als sich herausstellte, dass Jugendliche in der KSA vorstellig wurden, die Opfer von Übergriffen seitens des Ex-Freundes geworden sind. Unter den Begriff „Erweiterte Familie“, fallen neben Geschwistern, Großeltern sowie Onkel und Tante auch die Stiefeltern.

Die Kategorie „Erweiterte Familie“ wurde in der Auswertung nochmals separat betrachtet, um Aussagen darüber treffen zu können, wie oft z.B. der Bruder oder der Stiefvater als TV benannt wurden.

Aufgrund der Tatsache, dass sowohl Männer als auch Frauen (z.B. Mütter) als TV benannt wurden, bekommt die Kategorie „Geschlecht TV“ einen eigenen Unterpunkt.

#### **3.4 Auftraggeber**

Als Auftraggeber (ATG) gilt grundsätzlich der, der den telefonischen Auftrag für eine Untersuchung erteilt hat.

Es wurden noch einige weitere entwickelt, diese sind jedoch in ihrer Aussagekraft hinsichtlich der vorliegenden Arbeit von untergeordneter Relevanz (z.B. welches Jugendamt genau involviert war, aus welchem Umkreis das SBH kam etc.). Unter „Freier Träger der Jugendhilfe“ werden Organisationen wie Diakonie und Caritas subsummiert. Unter „Sonstiges“ fallen z.B. Groß- oder Stiefeltern.

##### HAUPTAUFTRAGGEBER ANRUFER

- Eltern
- Jugendamt
- Polizei
- Arzt
- Geschädigte Person
- Freier Träger der Jugendhilfe (Caritas, Diakonie etc.)
- Sonstiges (Großeltern, Stiefeltern etc.)

JA BETEILIGT

- ja/nein

### **3.5 Vorstellungsgrund und Untersuchung**

#### **3.5.1 Sexuelle Gewalt**

Wurde in der Anamnese eine sexuelle Gewalttat angegeben, wurde neben einer gynäkologischen Anamnese eine anogenitale Untersuchung durchgeführt. Im Folgenden werden die Items, welche zur Erfassung einer sexuellen Gewalttat ausgearbeitet wurden, vorgestellt.

#### **Anamnese**

Aufgrund des Alters entfiel die Frage nach Schwangerschaft, Periode und Geschlechtsverkehr (im Folgenden mit GV abgekürzt) bei einigen Kindern und Jugendlichen („nicht indiziert“). Somit wurde statt einer detaillierten Kategorisierung ein Freitextfeld gewählt.

SS = Abkürzung für Schwangerschaft

GYN. ERKRANKUNG

- Freitext
- keine

LETZTE PERIODE

- Freitext
- keine

LETZTER FREIWILLIGER GV

- Freitext
- keiner

VERHÜTUNG

- Freitext
- keine

#### AKTUELLE SS

- ja/nein

#### ANZAHL GEBURTEN

- Freitext
- keine

#### Details zu dem angegebenen Delikt

Die angegebene sexuelle Gewalttat musste zur Interpretation der Befunde näher beleuchtet werden. Neben der Art des sexuellen Übergriffs (Hands-off oder Hands-on Form), ergaben sich einige Punkte, welche im Hinblick auf eine mögliche Spurensicherung von Relevanz waren.

##### PENETRATION

- ja/nein

##### ORT DER PENETRATION

- vaginal
- anal
- oral
- vaginal, anal
- vaginal, oral

##### PENETRATIONSgegenstand

- Penis
- Finger
- Finger und Penis
- Gegenstand

##### SEXUALISIERTES VERHALTEN

- ja/nein

##### AUFFÄLLIGES VERHALTEN

- ja/nein

##### STREICHELN/ BERÜHREN IM INTIMBEREICH

- ja/nein

##### EJAKULATION

- ja/nein

#### GLEITMITTEL

- ja/nein

#### KONDOM

- ja/nein

#### NACHTTATVERHALTEN

- ja/nein

Unter sexualisiertem Verhalten soll im weiteren Verlauf folgendes verstanden werden: z.B. enthemmtes Verhalten, „Nachspielen“ von sexuellen Aktivitäten, Verwendung von altersuntypischen Begrifflichkeiten für das Genitale (Fotze, Muschi etc.), altersuntypisches Berühren im eigenen Genitalbereich.

Unter auffälligem Verhalten wurde subsummiert z.B. Distanzlosigkeit ebenso wie Aggressivität, Ein- oder Durchschlafprobleme, Einnässen und Appetitlosigkeit.

Betreffend das Nachttatverhalten musste aufgrund zu geringer Angaben in den Untersuchungsbögen auf eine detaillierte Kategorisierung (Wasser lassen, Stuhlgang, Waschen, Duschen, Baden) verzichtet werden.

### Untersuchung

Sollte das Kind oder der/die Jugendliche die Untersuchung verweigert haben, wurden die Felder, welche die Untersuchung betreffen, mit „nicht untersucht“ ausgefüllt. Betreffend der Hymenalform gilt, dass unter „anders“ anatomische Formen wie z.B. fimbrienförmig oder septiert fallen. Die Kategorie „nicht beurteilbar“ wurde gewählt, wenn der Untersucher aufgrund schlechter Einsicht in den Untersuchungsbereich die Hymenalform nicht abschließend bewerten konnte.

#### UNTERSUCHUNGSTECHNIK

- Stuhl
- Rückenlage
- Knie-Ellenbogenlage

#### TANNERSTADIEN

- I
- II
- III
- IV
- V

#### REIFUNGSPERIODE

- Hormonelle Ruheperiode
- präpubertär
- pubertär

#### HYMENALFORM

- annulär
- semilunär
- anders
- nicht beurteilbar

Um sich einen Überblick über die Befunde im Anogenitalbereich zu verschaffen, wurde zunächst unterschieden, ob Auffälligkeiten (z.B. Rötungen, Synechien, Kerben, Narben, Rhagaden etc.) vorhanden waren oder nicht. Aus der Zusammenschau aller auffälligen Befunde ergab sich die Spezifizierung der Auffälligkeiten (Rötung, Synechie, Narbe, Rhagade, Hautverfärbung, Kerbe etc.)

#### ANOGENITALBEREICH AUFFÄLLIG

- ja
- nein

#### HYGIENEMANGEL

- Genitalbereich
- Allgemein

#### AUFFÄLLIGKEIT DIFFERENZIERT

- Rötungen
- Synechie
- weiter Introitus
- Schleimhautdefekt vaginal/anal
- Fissur After
- Narbenbildung After
- Hautverfärbung vaginal/anal
- Kerbe im freien Hymenalsaum
- Rhagade

#### LOKALISATION

- Freitext (Introitus etc.)

#### BEFUNDE MISSHANDLUNGSVERDÄCHTIG

- ja/nein

Neben der Anogenitalregion wurde eine standardisierte körperliche Untersuchung bei jedem Kind durchgeführt und notiert, welche Lokalisationen betroffen waren.

#### EXTRAGENITALE BEFUNDE

- Extremitäten
- Kopf
- Hals
- Gesicht
- Rumpf
- Gesäß

#### Extragenitale Befunde

Die extragenitalen Befunde wurden im weiteren Verlauf im Detail betrachtet. Diese Kategorisierung wird grundsätzlich für extragenitale Befunde angewendet (auch bei körperlichen Gewaltdelikten).



#### EXTREMITÄTEN

- Obere Extremität
- Oberarm links/rechts
- Oberarminnenseite links/rechts
- Unterarm links/rechts
- Unterarminnenseite links/rechts

#### HAND

- Palmarfläche
- Plantarfläche

#### UNTERE EXTREMITÄT

- Oberschenkel links/rechts
- Oberschenkelinnenseite links/rechts
- Unterschenkel links/rechts
- Unterschenkelinnenseite links/rechts
  
- Fuß
- Fußrücken

#### KOPF

- Ohr
- Hinterkopf
- Scheitelpartie

#### HALS

#### GESICHT

- Auge
- Stirn
- Wange
- Schläfe
- Lippe

#### RUMPFVORDERSEITE

- Thorax

- Abdomen
- Becken

#### RUMPFRÜCKSEITE

- Rücken

Des Weiteren wurde herausgearbeitet, um welche Form der Verletzung es sich gehandelt hat. Unter Hautverfärbung ist im Folgenden jede Form von Blutunterlaufung zu verstehen (Hämatome, Petechien etc.). Unter Hautdefekt sind im Folgenden Hautabschürfungen, Kratzer etc. zu verstehen.

#### HAUTVERFÄRBUNG

- ja/nein

#### HAUTDEFEKT (ABSCHÜRFUNG)

- ja/nein

#### QUETSCH -RISS-WUNDE

- ja/nein

#### FRAKTUR

- ja/nein

#### NARBE

- ja/nein

Zudem wurde das Item „konturiert“ eingeführt. Unter konturiert ist folgendes zu verstehen: Doppelstriemenkontur bei Schlägen mit stab- oder stockähnlichen Gegenständen, Schuhsohlenprofil bei Tritten oder Schlägen mit Schuhen, geformte Handabdrücke, sowie Textilabdruckmuster bei Schlägen auf bekleidete Körperregionen.

### 3.5.2 Körperliche Gewalt

Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Items für die Vorstellungsgründe betreffend die körperliche Gewalt gewählt wurden.

STUMPFE GEWALT DURCH SCHLÄGE

➤ ja/nein

THERMISCHE GEWALT

➤ ja/nein

NOXEN

➤ ja/nein

STRANGULATION

➤ ja/nein

VERSUCH DES ERTRÄNKENS

➤ ja/nein

STURZ

➤ ja/nein

SONSTIGES

➤ ja/nein

UNBEKANNT

➤ ja/nein

Für die weitere Einschätzung und Beurteilung mussten einige Details näher beleuchtet werden (z.B. mit welchem Gegenstand die Schläge ausgeführt wurden oder wie Verbrennungen/Verbrühungen zu Stande kamen). Ohne diese detaillierten Informationen ist eine Beurteilung dessen, ob die Verletzungsmuster zum Tatgeschehen passen, nicht durchzuführen.

#### Details zu dem angegebenen Delikt

Die Kategorie „unbekannt“ ist in diesem Falle extra erwähnt. Unter „unbekannt“ fallen die Fälle, bei denen die Kinder mit Verletzungen aufgefallen sind, ohne dass ein Tatgeschehen zugeordnet werden konnte, oder Kinder, bei denen der Verdacht im Raum stand z.B. aufgrund von spontanen Äußerungen der Kinder.

Unter „Sonstiges“ fallen folgende Szenarien: Inobhutnahme durch das Jugendamt (entweder wegen häuslicher Gewalt gegen die Mutter, oder weil der Verdacht, ohne konkret angegebene Tat, auf eine Misshandlung im Raum stand) oder aufgrund nicht weiter zu kategorisierende Vorfälle wie z.B. Schubsen oder Stoßen.

Im Folgenden werden die Unterkategorien für die einzelnen körperlichen Gewaltdelikte aufgeführt.

#### Stumpfe Gewalt durch Schläge

Die Schlagwerkzeuge wurden näher differenziert:

FLACHE HAND

➤ ja/nein

FAUST

➤ ja/nein

GÜRTEL

➤ ja/nein

STOCKÄHNLICHER GEGENSTAND

➤ ja/nein

SCHUH

➤ ja/nein

#### Noxe

Betreffend der Noxe wurde hinterfragt, um welche Noxe es sich gehandelt haben könnte (Medikamente, Alkohol, Drogen), in welcher Form sie zugeführt wurde (Tabletten, Getränk) und über welchen Zeitraum (einmalig, Tage, Wochen, Monate).

#### Strangulation

Die Strangulation wurde kategorisiert in Drosseln, Würgen und Erhängen.

##### DROSSELN

- ja/nein

##### WÜRGEN

- ja/nein

##### ERHÄNGEN

- ja/nein

Wenn ein Drosseln bejaht wurde, musste der Gegenstand, mit dem gedrosselt wurde, erfragt werden (z.B. Seil, Kabel), ebenso verhielt es sich beim Erhängen und Würgen (eine Hand oder beide Hände). Zudem spielt die Dauer des Vorgangs eine Rolle (5 Sekunden, 10 Sekunden, 20 Sekunden, 30 Sekunden, bis eine Minute, über eine Minute).

#### Thermische Gewalt

##### VERBRENNUNG

- Zigarette

##### VERBRÜHUNGEN

- heißes Wasser

Die Einteilung zeigt, dass die thermische Gewalt unterteilt wird in Verbrennungen und Verbrühungen. Aus den Untersuchungsbögen kristallisierte sich heraus, dass vor allem Kinder und Jugendliche mit Schädigungen durch heißes Wasser oder Zigaretten vorgestellt wurden. Zum einen wurde die Dauer der Einwirkung kategorisiert (1 Sekunde, 5 Sekunden, 10 Sekunden, 30 Sekunden, 1 Minute, 2 bis 5 Minuten, 10 Minuten, über 15 Minuten, 30 Minuten), zum anderen die Temperatur des Wassers (40 Grad, 45 Grad, 50 Grad, 55 Grad, 60 Grad, 65 Grad, 70 Grad, über 70 Grad).

#### Versuch des Ertränkens

Es war von Interesse, ob das Kind oder der Jugendliche in ein Gewässer hineingeworfen wurde oder ob es mit dem Kopf unter Wasser gedrückt wurde.

Zudem spielte die Zeit unter Wasser eine Rolle (1 Sekunde, 5 Sekunden, 10 Sekunden, 30 Sekunden, 1 Minute, über 1 Minute).

IN EIN GEWÄSSER GEWORFEN

- ja/nein

UNTER WASSER GEHALTEN/GEDRÜCKT

- ja/nein

Des Weiteren wurde die Örtlichkeit des Geschehens näher betrachtet.

BADEWANNE

- ja/nein

ÖFFENTLICHES GEWÄSSER (SEE, TEICH, MEER)

- ja/nein

SCHWIMMBAD

- ja/nein

#### Sturz

Ein Sturzgeschehen wurde als Differentialdiagnose zur körperlichen Misshandlung in einigen Fällen angegeben. Es oblag den Untersuchern zu beurteilen, ob die vorliegenden Verletzungen mit den in der Anamnese geschilderten Sturzgeschehen übereinstimmen könnten. Hierbei wurden entweder Stürze von einem Gegenstand herab (z.B. Schaukel), oder auf einen Gegenstand (z.B. aus dem Stand oder von einem Sofa auf ein Spielzeug), beschrieben.

AUF EINEN GEGENSTAND

- ja/nein

VON EINEM GEGENSTAND HERUNTER

- ja/nein

Außerdem musste eruiert werden, um welche Sturzhöhe es sich gehandelt hatte und auf welchen Untergrund die Kinder oder Jugendlichen gestürzt waren.

#### Befunde

In dem Unterpunkt „extragenitale Befunde“ wurde bereits ersichtlich, unter welchen Gesichtspunkten die anatomischen Regionen des Körpers betrachtet wurden. Grundsätzlich wird bei jedem Delikt zunächst aufgelistet, welche Körperregionen bei den Kindern und Jugendlichen Befunde aufwiesen. Hier erfolgt zunächst keine Unterscheidung zwischen akzidentiell entstanden oder zugefügt. Es soll ein Überblick darüber erfolgen, welche Körperregionen bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich häufiger Verletzungen aufweisen, als andere. Zudem wurden zu jedem angegebenen Delikt gezielt betrachtet, wie und durch was Verletzungen entstanden sind.

#### Stumpfe Gewalt durch Schläge

Wie für jeden Unterpunkt wurden zunächst die Körperregionen, welche das Ziel von Schlägen waren, betrachtet. Zudem wurde die Art der Verletzung differenziert (Hautverfärbung, Hautdefekt, Quetsch -Riss- -Wunde, Fraktur, Narbe) und geprüft, ob es sich um konturierte Verletzungen handelte (z.B. mit zentraler Abblassung).

#### Noxen

Betreffend die Noxe wurde erfasst, auf welches Organsystem sich die Noxe ausgewirkt hatte.

DERMATOLOGISCH (URTIKARIA)

➤ ja/nein

GASTROINTESTINAL (ÜBELKEIT, ERBRECHEN)

➤ ja/nein

ZENTRAL (SCHWINDEL, KOPFSCHMERZEN)

➤ ja/nein

#### Strangulation

Nachdem kategorisiert wurde, um welche Form der Strangulation es sich gehandelt hat, wurden die körperlichen Symptome und Befunde näher betrachtet.

BEWUSSTLOSIGKEIT

- ja/nein

SCHWINDEL

- ja/nein

PUNKTBLUTUNGEN

- ja/nein

WÜRGEMALE/DROSSELMARKEN

- ja/nein

Thermische Gewalt

Die Befunde wurden in ihrem Ausprägungsmuster betrachtet.

ASYMMETRISCH AUSGEPRÄGT

- ja/nein

SYMMETRISCH AUSGEPRÄGT

- ja/nein

HANDSCHUH-/STRUMPFMUSTER

- ja/nein

Versuch des Ertränkens

Auch bei dieser Kategorie wurden die körperlichen Befunde und Symptome kategorisiert.

BEWUSSTLOSIGKEIT

- ja/nein

PUNKTBLUTUNGEN

- ja/nein

Sturz /Sonstiges/Unbekannt

Die Verletzungen wurden nach bereits bekanntem Muster (Hautverfärbung, Hautdefekt, Quetsch -Riss- -Wunde, Fraktur, Narbe) eingeteilt. Ebenso verhielt es sich mit den betroffenen Körperregionen (Extremitäten, Rumpf, Gesicht etc.).



### **3.5.3 Sexuelle und körperliche Gewalt**

Zur Auswertung wurden die oben genannten Kategorien verwendet. Oftmals ist nur eine Art der Gewalteinwirkung bekannt (sexuell oder körperlich). Aus Angaben des Kindes oder Jugendlichen bzw. aus seinem Verhalten oder Befunden am Körper wurde überlegt, ob eine zweite Art der Gewalteinwirkung vorliegen könnte (erschwert die Auswertung).

### **3.6 Abschluss und weiteres Procedere**

Das weitere Procedere beinhaltet, was der Untersucher zum weiteren Vorgehen vorschlug (Prozedere: Empfehlung Gynäkologe, Psychologe, Pädiater, JA, Polizei) und an wen die Informationen zur Untersuchung weitergeleitet wurden (Info an Eltern, Ja, Polizei, Arzt, SBH, soziale Einrichtung). Zudem entschied man sich dafür das Item „Einschaltung von JA“ hinzuzufügen.

Abschließend wurde zu jedem Kind oder Jugendlichen notiert, ob und wenn ja, von wem der Auftrag für ein schriftliches Gutachten erfolgte.

PRIVATGUTACHTEN

- ja/nein

STAATSANWALTSCHAFT/AMTSGERICHT

- ja/nein

POLIZEI

- ja/nein

JUGENDAMT

- ja/nein

## 4 Ergebnisse Teil II: Auswertung der epidemiologischen Daten

### 4.1 Vorstellungsgrund

#### Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz

Insgesamt 225 Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wurden im Zeitraum zwischen 1.1.2010 und 31.12.2013 in der Kinderschutzambulanz (im Folgenden als KSA bezeichnet) durchgeführt. Ausgeschlossen waren Untersuchungen, die im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden durchgeführt wurden. Eingeschlossen in diese Statistik sind konsiliarische Untersuchungen in Kinderkliniken, die zunächst nicht bei den Strafverfolgungsbehörden angezeigt waren.

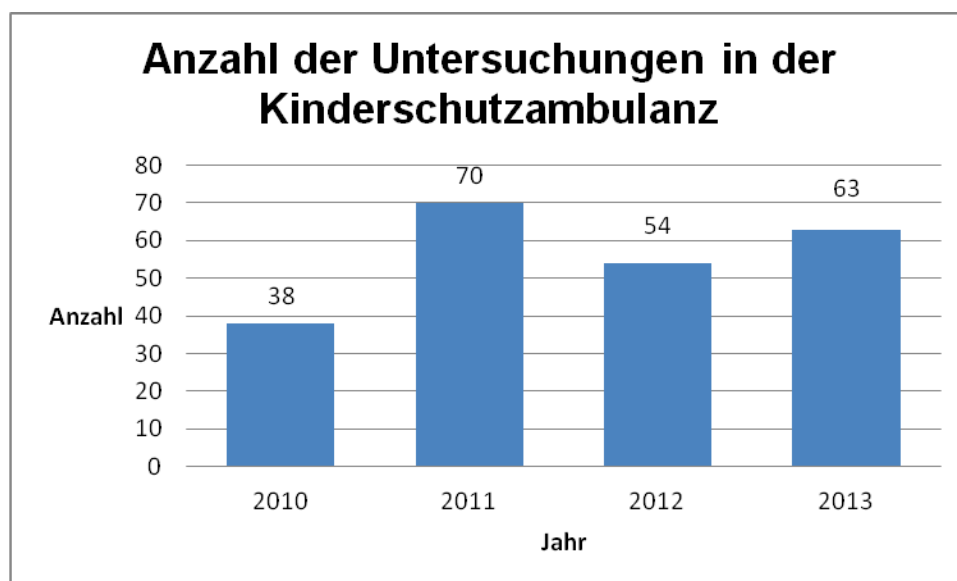


Abbildung 7: Anzahl der Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz von 2010 bis 2013

Die KSA wurde im Jahre 2010 gegründet. Der Abbildung 7 ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Untersuchungen sich von Jahr 2010 auf das Jahr 2011 nahezu verdoppelt hat. Nach Etablierung hält sich die Anzahl der Untersuchungen weitgehend konstant.

#### Vorstellungsgrund

Am häufigsten fanden die Vorstellungen aufgrund des Verdachts auf einen sexuellen Missbrauch statt (54,2%), am zweithäufigsten, mit knapp 30,0%, wegen des Verdachts auf eine körperliche Misshandlung (siehe Tabelle 1).

<b>Gewaltkategorie</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Prozent %</b>
V. a. sexuelle Gewalt	<b>122</b>	54,2
V. a. körperliche Gewalt	<b>66</b>	29,3
V. a. sexuelle und körperliche Gewalt	<b>18</b>	8,0
z. A. körperliche Gewalt	<b>5</b>	2,2
z. A. sexuelle Gewalt	<b>9</b>	4,0
z. A. sexuelle und körperliche Gewalt	<b>5</b>	2,2
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	100

**Tabelle 1: Vorstellungsgrund in der KSA**

Im Verlauf der vier untersuchten Jahre fanden 225 Untersuchungen in der KSA statt. Da es bei drei der Kinder zu Mehrfach-Untersuchungen gekommen war (bis zu dreimal pro Kind), wurden 221 Kinder im Rahmen von 225 Untersuchungen in der KSA vorgestellt.

Bei einem, innerhalb eines Jahres, dreimalig vorgestellten, dreijährigen Mädchens, handelte es sich um ein Kind, welches zunächst von beiden Eltern und dann von beiden Elternteilen getrennt kurz hintereinander vorgestellt wurde. Jedes Mal wurden die anamnestisch erhobenen Vorfälle etwas anders geschildert.

Ein Mädchen wurde wegen des Verdachts auf sexuelle Gewalt durch das Jugendamt vorgestellt und wenig später noch mal von der Mutter selber.

Von einem kleinen Jungen wurden zur körperlichen Untersuchung zunächst Röntgenbilder und ärztliche Befunde vom Jugendamt übersandt, beim zweiten Mal wurde es wegen weiterer Hämatome vorgestellt.

In die weitere Auswertung werden die mehrfachen Untersuchungen mit einbezogen.

Insgesamt wurden 23 Geschwisterpaare in der Kinderschutzambulanz untersucht.

## 4.2 Allgemeine Daten

### Alters- und Geschlechterverteilung

Von den 225 untersuchten Kindern und Jugendlichen handelte es sich in 163 Fällen (72,4%) um Mädchen und in 62 Fällen (27,6%) um Jungen.

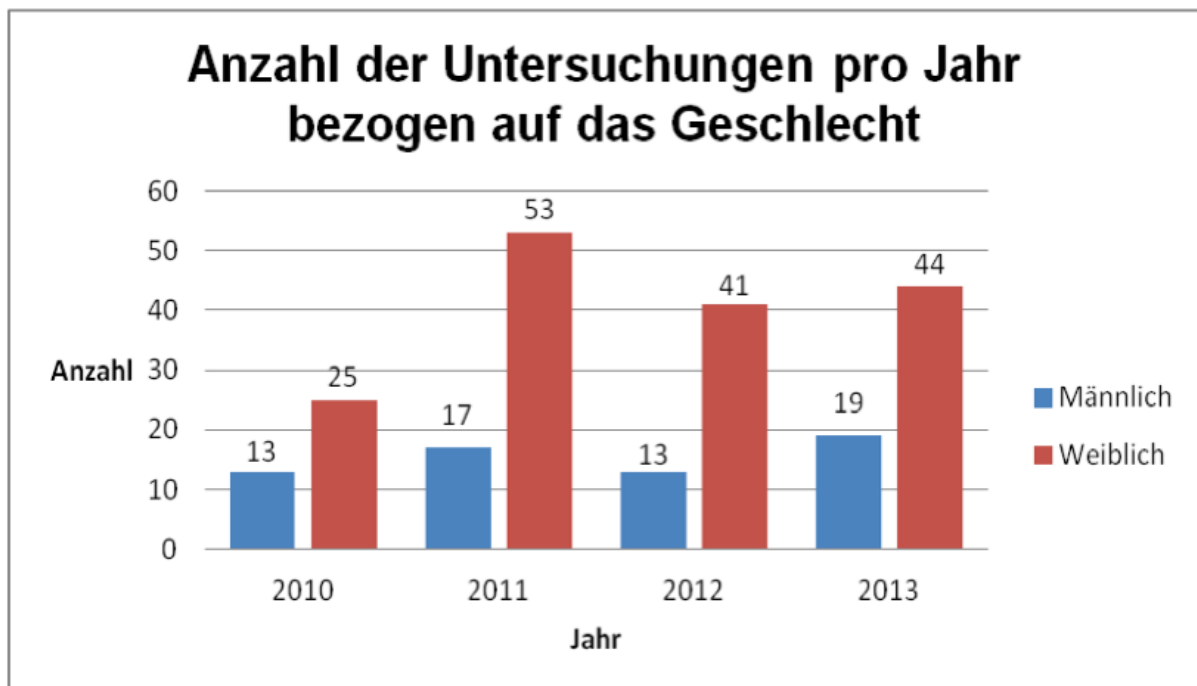


Abbildung 8: Geschlechterverteilung der untersuchten Kinder in der KSA

Aus Abbildung 8 ist zu entnehmen, dass das weibliche Geschlecht über die Jahre hinweg das Untersuchungsfeld dominierte.

Abbildung 9 verdeutlicht, in welcher Altersgruppe sich die Kinder- und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden. Aus der Graphik sind zwei Altersgipfel zu entnehmen. 128 (56,9%) der Kinder und Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Altersgruppe der 1 bis unter 6-Jährigen. Hierbei handelte es sich in 96 (42,7%) um Mädchen. Der zweite Altersgipfel mit 49 Kindern (21,8%) befindet sich in der Gruppe der 6- bis unter 10-Jährigen. Auch hier dominieren mit 33 Kindern (14,7%) die Mädchen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in allen Altersgruppen, bis auf die der unter 1-jährigen, Mädchen gehäuft vorkommen. In der Gruppe der unter 1-Jährigen (2,7%) überwiegen mit vier Kindern (75%) die Jungen.

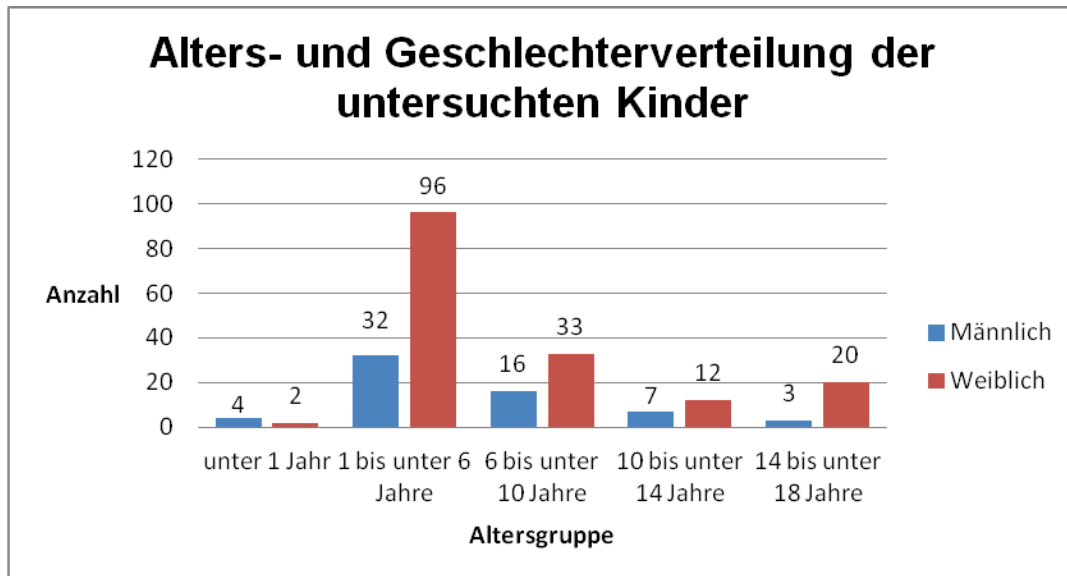


Abbildung 9: Altersverteilung der untersuchten Kinder in der KSA

### Anlass der Untersuchungen bezogen auf das Geschlecht

Abbildung 10 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Untersuchungsanlass und Geschlecht der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Betreffend die körperliche Gewalt ergaben sich fast keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. In der dritten Gruppe (V. a. sexuelle Gewalt, 131 Kinder), dominiert mit 107 Kindern (84,7%) das weibliche Geschlecht.

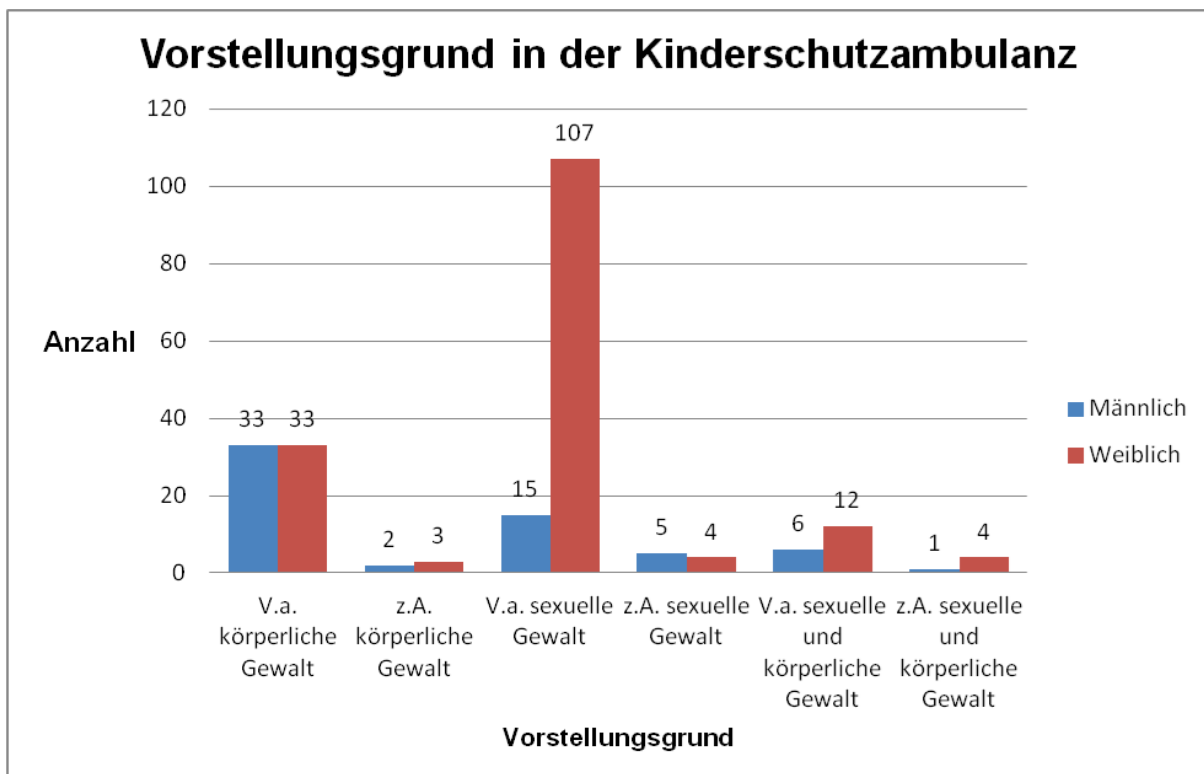


Abbildung 10: Vorstellungsgrund in der KSA bezogen auf das Geschlecht

### 4.3 Auftraggeber

Aus Abbildung 11 erschließt sich, dass die meisten Aufträge für Untersuchungen in der KSA durch das Jugendamt (41,3%) oder die Eltern (40,0%) selber kamen. Unter „freie Träger der Jugendhilfe“ fallen Organisationen wie das Diakoniewerk oder die Caritas. Unter Sonstiges gehören z.B. Groß- oder Stiefeltern.

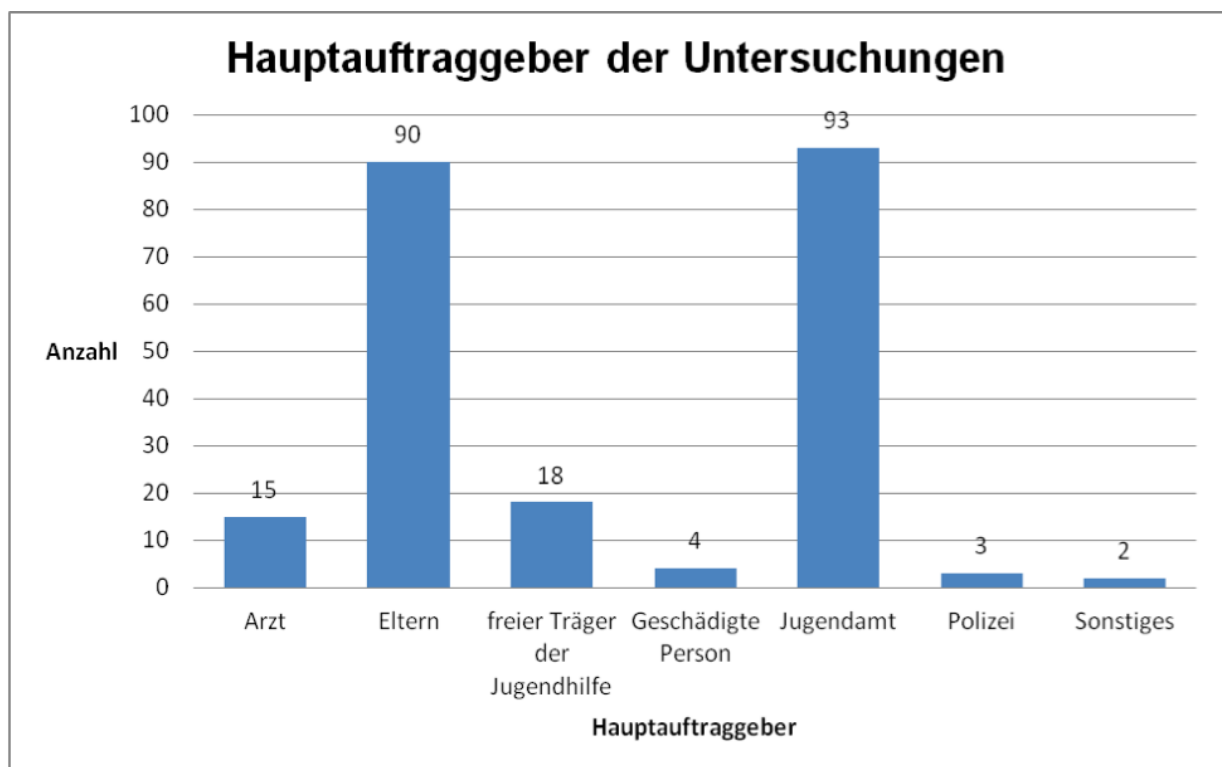


Abbildung 11: *Hauptauftraggeber der Untersuchungen in der KSA*

Die Polizei galt in drei Fällen als Hautauftraggeber. Es handelte sich um drei Geschwisterkinder. Die Nachbarn hatten die Polizei aufgrund von Kinderschreien verständigt und die Polizei hatte die Kinder, nach Involvierung des Jugendamtes, zur Untersuchung gebracht (Sorgerecht beim Jugendamt durch Inobhutnahme, Hautauftraggeber aber formal Polizei).

In 113 Fällen (50,2%) konnte außerdem eruiert werden, dass das Jugendamt bereits in irgendeiner Form Kontakt mit der Familie hatte.

## Vorstellungsgrund in der KSA bezogen auf die Auftraggeber

Für diesen Unterpunkt werden die Kategorien V.a. und z.A. zusammengefasst:

<b>Auftraggeber/ Vorstellungs- grund</b>	Eltern	JA	Arzt	Polizei	Freier Träger der Jugend- hilfe	Geschädigte Person	Sonstiges	<b>Gesamt</b>
sexuelle Gewalt	68	45	3	3	8	3	1	<b>131</b>
körperliche Gewalt	13	38	10	0	8	1	1	<b>71</b>
sexuelle/ körperliche Gewalt	9	10	2	0	2	0	0	<b>23</b>
<b>Gesamt</b>	<b>90</b>	<b>93</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>225</b>

**Tabelle 2: Vorstellungsgrund versus Auftraggeber**

Betrachtet man Tabelle 2, wird deutlich, dass in den Fällen der sexuellen Gewalt (n=131) in über der Hälfte der Fälle (51,9%) ein Elternteil den Auftrag für die Untersuchung erteilte. In den Fällen der körperlichen Gewalt (n=71), dominierte mit 53,5% das Jugendamt als ATG. Auffallend ist, dass in nur 13 Fällen (18,3%) der körperlichen Gewalt ein Elternteil als ATG angegeben wurde und in 10 Fällen (14,1%) ein Arzt.

In den drei Fällen, in denen die Polizei involviert war, handelte es sich bei allen dreien um den Verdacht auf sexuellen Missbrauch. In einem Fall war bereits Anzeige erstattet worden. Es wurde aus den Aufzeichnungen nicht klar, ob dies zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits bekannt war. Nach der Untersuchung erfolgte dann ein polizeilicher Auftrag zur gutachterlichen Stellungnahme. Bei einem weiteren Fall handelte es sich um eine Untersuchung auf Anraten des Polizeipräsidiums München, ohne dass eine Anzeige vorlag. Bei dem dritten Fall war anamnestisch nicht mehr eruierbar, ob bereits Anzeige erstattet worden war und wer als zuständig galt.

Vier Personen kamen selber in die Ambulanz, drei davon kamen mit dem Verdacht auf sexuelle Gewalt. Hierbei handelte es sich um junge Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren, die sich mit dem Verdacht auf K.-O.-Mittelverabreichung und nachfolgendem sexuellen Missbrauch vorstellten.



## Konsile

13 Kinder (5,8%) wurden konsiliarisch im Auftrag eines niedergelassenen Arztes in dessen Praxis oder eines Klinikarztes in der Klinik untersucht.

## 4.4 Tatumstände

### 4.4.1 Vorfallszeitpunkt

Aus Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass der Vorfallszeitpunkt in 107 (47,5 %) Fällen als „unbekannt“ angegeben wurde. Somit ließ sich in 118 (52,4%) der Fälle der Tatzeitpunkt rekonstruieren.

Bei den 107 Fällen (47,5%), in denen der Tatzeitpunkt nicht rekonstruiert werden konnte, handelte es sich meist um Kinder, die sich irgendwann nach dem Vorfall einer Bezugsperson anvertraut hatten, ohne dass der Vorfallszeitpunkt exakt eruierbar gewesen war. Die Untersuchung erfolgte dann zwar zeitnah zum Bekanntwerden eines möglichen Übergriffes, dieser selbst war zeitlich jedoch nicht bzw. kaum einzuordnen. Konnte aus der Anamnese irgendein zeitlicher Bezug abgeleitet werden (z.B. letzter Aufenthalt beim Tatverdächtigen), so wurde ein möglicher Tatzeitpunkt angegeben.

<b>Letzter Vorfall bis Untersuchung in der KSA</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Prozent %</b>
Unbekannt	<b>107</b>	47,6
Innerhalb 24 Stunden	<b>26</b>	11,6
2 bis 3 Tage	<b>35</b>	15,6
4 bis 7 Tage	<b>19</b>	8,4
> 1 bis 2 Wochen	<b>10</b>	4,4
> 2 Wochen bis 1 Monat	<b>11</b>	4,9
> 1 Monat bis 3 Monate	<b>10</b>	4,4
> ¼ Jahr bis ½ Jahr	<b>3</b>	1,3
> 1 Jahr bis 2 Jahre	<b>3</b>	1,3
> 2 Jahre	<b>1</b>	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	100

**Tabelle 3: Zeitraum zwischen letztem Vorfall und Vorstellung in der KSA**

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass ein Kind über zwei Jahre nach dem Vorfall in der KSA vorgestellt wurde. Hierbei handelte es sich um ein, zum Zeitpunkt der Untersuchung, zwölfjähriges Mädchen. Anamnestisch ließ sich erheben, dass es vier Jahre vor Vorstellung in der KSA zu einem sexuellen Übergriff mit Penetration durch den Freund des Lebensgefährten der Mutter kam. Die Mutter des Mädchens hatte erst im Jahr 2012 von den Vorfällen erfahren und das Mädchen wurde deswegen erst zu einem späten Zeitpunkt

nach der Tat in der KSA vorgestellt.

26 Kinder (11,6%) kamen innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem vermuteten Tatzeitpunkt. Hiervon wurden 14 (53,8%) aufgrund des Verdachts auf körperliche Gewalt und 12 (46,2%) aufgrund des Verdachts auf sexuelle Gewalt in der KSA vorgestellt.

Bei 45 der 225 untersuchten Kinder (20,0%) gab es bereits weitere Vorfälle in der Vergangenheit, in sechs Fällen (2,7%) wurden die Kinder nach einem Erstereignis vorgestellt und in 174 Fällen (77,3%) konnten mögliche weitere Übergriffe in der Vergangenheit nicht ausgeschlossen werden.

#### **4.4.2 Vorfallsort**

In 87 (38,7%) der 225 Fälle wurde der Vorfallsort mit „unbekannt“ angegeben. Aus Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass in 67 (29,8%) Fällen die Wohnung des Kindes als Vorfallsort benannt wurde. Hierbei handelte es sich in 30 Fällen (13,3%) um den Verdacht auf körperliche Gewalt und in 22 Fällen (9,8%) um den Verdacht auf sexuelle Gewalt.

<b>Vorfallsort</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Prozent %</b>
unbekannt	<b>87</b>	38,7
Wohnung des Kindes	<b>67</b>	29,8
andere Wohnung	<b>43</b>	19,1
Einrichtung (soz.)	<b>14</b>	6,2
öffentlich zugänglich	<b>12</b>	5,3
Sonstiges	<b>2</b>	0,9
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	100

**Tabelle 4: In der Anamnese angegebene Vorfallsorte**

#### **4.4.3 Täterprofil**

Im Folgenden wird das Profil der Tatverdächtigen näher beleuchtet. Die Kategorie „erweiterte Familie“ wird im weiteren Verlauf näher aufgeschlüsselt.

<b>Tatverdächtiger</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>V.a. sexuelles Delikt</b>	<b>V.a. körperliches Delikt</b>	<b>V.a. sexuelles und körperliches Delikt</b>
leibliche Eltern	<b>14</b>	1	13	0
leibliche Eltern und erweiterte Familie	<b>1</b>	0	1	0
leibliche Mutter	<b>12</b>	3	9	0
leibliche Mutter und erweiterte Familie	<b>5</b>	0	3	2
leiblicher Vater	<b>85</b>	55	26	4
leiblicher Vater und erweiterte Familie	<b>5</b>	1	1	3
erweiterte Familie	<b>32</b>	30	2	0
Erzieherisch Verantwortliche (r)	<b>10</b>	3	2	5
Bekannte (r)	<b>20</b>	15	2	3
Bekanntes anderes „Kind“	<b>5</b>	4	1	0
Fremde/unbekannte Person(en)	<b>2</b>	2	0	0
Ex-Freund	<b>3</b>	1	1	1
unbekannt	<b>31</b>	16	10	5

**Tabelle 5: Angegebene Tatverdächtige**

In 85 Fällen (37,8%) wurde der leibliche Vater als Tatverdächtiger angegeben. In 6,2% der Fälle wurden beide Elternteile als TV benannt, die erweiterte Familie in 32 Fällen (14,2 %).

In 31 (13,8%) der 225 untersuchten Kinder, wurde der Tatverdächtige mit „unbekannt“ angegeben.

Besonderes Augenmerk sollte auf der Tatsache liegen, dass in 55 (64,7%) der 85 Fälle, in denen der leibliche Vater als TV angegeben wurde, der Verdacht auf eine sexuelle Gewalttat vorlag. Auch in den Fällen, in denen ein Mitglied der „erweiterten Familie“ als TV

benannt wurde (32 Fälle), lag in 93,8% der Fälle der Verdacht auf eine sexuelle Gewalttat vor.

Lediglich in den 6,2%, in denen beide leiblichen Elternteile der Tat bezichtigt wurden, dominierte die körperliche Gewalt als angegebenes Delikt (92,9%).

Hervor sticht, dass es sich in vier der fünf Fälle, in denen ein bekanntes anderes „Kind“ als TV angegeben wurde, um Sexualdelikte handelte. Benannt wurden zweimal Mitschüler (einmal ein 13-jähriger Junge, einmal ein Junge, zu dessen Alter keine Angaben gemacht wurden), einmal ein bekannter 16-jähriger Junge und einmal ein sechsjähriges Nachbarskind, welches einen Bleistift in die Vagina eines ebenfalls sechsjährigen Mädchens gesteckt haben soll.

In einem Fall wurde körperliche Gewalt angegeben. Hier wurde ein achtjähriges Mädchen verdächtigt, ein anderes Mädchen mit einem Stock zwischen die Beine geschlagen zu haben.

In drei Fällen wurde die leibliche Mutter bei dem Verdacht auf sexuelle Gewalt als Tatverdächtige angegeben.

Bei einem vierjährigen Mädchen wurde die leibliche Mutter verdächtigt, an deren Genitale manipuliert zu haben. Der Auftrag zu dieser Untersuchung kam vom Kinderarzt des Mädchens.

Ein zwei Jahre alter Junge wurde in der KSA vorgestellt, nachdem er in der Krippe geäußert hatte, dass die Mutter ihren Finger in seinen After eingeführt habe.

Ein vier Jahre alter Junge wurde vom Jugendamt in der KSA vorgestellt, weil er geäußert hatte, dass die Mutter ihm einen Gegenstand in den After gesteckt und in den „Pipi“ gebissen habe.

Nachfolgend wird die Kategorie „erweiterte Familie“ näher aufgeschlüsselt. Zu dieser Kategorie zählen nicht nur die 32 Fälle, in denen „nur“ ein Mitglied der erweiterten Familie als TV angegeben wurde, sondern auch die Fälle, in denen ein Mitglied der erweiterten Familie als zweit- oder dritt-TV angegeben wurde (11 Fälle).

Anhand der Aufschlüsselung in Tabelle 6 wird deutlich, dass in acht Fällen (3,6%) der 225 untersuchten Kinder der aktuelle Lebensgefährte der Mutter als TV angegeben wurde. In ebenfalls acht Fällen (3,6%) wurde der Großvater als TV angegeben und in sieben Fällen

(3,1%) der Onkel (fast zur Hälfte mit dem Verdacht auf ein sexuelles und ein körperliches Delikt).

Auffallend ist, dass in vier Fällen (1,8%) der leibliche Bruder des Opfers als TV benannt wurde. In den genannten vier Fällen konnte das Alter der Tatverdächtigen eruiert werden. Es handelte sich bei den drei sexuellen Delikten um Jungen im Alter von 10, 12 und 13 Jahren. Betreffend das körperliche Delikt handelte es sich um einen 18-jährigen Jungen. In insgesamt fünf Fällen (2,2%) wurden Halb- oder Stiefbruder als TV eines Sexualdelikts angegeben.

<b>Erweiterte Familie</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>sexuelle Gewalt</b>	<b>körperliche Gewalt</b>	<b>sexuelle und körperliche Gewalt</b>
Bruder	4	3	1	0
Halbbruder	2	2	0	0
Stiefbruder	3	3	0	0
Lebensgefährte Mutter	8	5	3	0
Lebensgefährte Mutter und Großmutter	1	0	0	1
Stiefvater	5	4	0	1
Großmutter	1	1	0	0
Großvater	8	7	1	0
Stief-Großvater	3	3	0	0
Onkel	7	3	1	3
Tante	0	0	0	0
Stief-Cousin	1	1	0	0

**Tabelle 6: Aufgliederung der TV Kategorie „erweiterte Familie“**

Korreliert man nun TV, Delikt und Vorfallsort, wird deutlich, dass in 55 Fällen (64,7%) (siehe Tabelle 5), in denen der leibliche Vater als TV eines Sexualdelikts angegeben wurde (von insgesamt 85 Fällen, in denen der leibliche Vater insgesamt als TV angegeben wurde), die vermeintliche Tat in 19 (34,5%) der 55 Fälle nicht im Zuhause des Kindes stattgefunden hatte. In neun Fällen (16,4%) wurde die Wohnung des Kindes oder Jugendlichen als Vorfallsort angegeben.

Anders verhält es sich mit den körperlichen Gewaltdelikten, in 26 Fällen wurde der leibliche Vater als Täter angegeben. Von diesen 26 Fällen (30,6%) fanden 14 im Zuhause des Kindes oder Jugendlichen statt.

Sexualdelikte durch Fremdtäter, insgesamt 2 (0,8%) fanden eher in öffentlich zugänglichen Räumen und Gebäuden statt, als in einem dem Kind oder Jugendlichen vertrauten Umfeld. Gewalttaten durch die Großeltern fanden in den Wohnungen der Großeltern statt. In 50% der Fälle in denen ein Onkel des Kindes einer Gewalttat verdächtigt wurde, fand diese im Zuhause der Kinder oder Jugendlichen statt.

## **4.5 Sexuelle Gewalt**

Im Folgenden werden die Fälle der Kinder und Jugendlichen, welche mit dem Verdacht auf (122 Fälle) und zum Ausschluss sexueller Gewalt (neun Fälle) vorgestellt wurden, gemeinsam betrachtet.

Der Verdacht oder Ausschluss eines Sexualdelikts war in 131 Fällen (54,0%) der Vorstellungsgrund in der Ambulanz, es handelte sich in 111 Fällen (84,7 %) um Mädchen und in 20 Fällen (15,3%) um Jungen.

### **4.5.1 Anamnese**

Von neun Kindern der 131 (6,9%), welche mit dem Verdacht oder zum Ausschluss eines Sexualdelikts vorgestellt wurden, lagen Informationen betreffend die gynäkologische Anamnese vor.

Neun der Mädchen (6,9%), im Alter zwischen 11 und 17 Jahren, gaben an, bereits ihre erste Periode gehabt zu haben.

Zwei Mädchen (1,5%) gaben an, dass sie bereits freiwilligen Geschlechtsverkehr hatten, ein 17- jähriges Mädchen einen Monat und ein 14- jähriges Mädchen fünf Tage vor der Untersuchung in der KSA.

Drei Mädchen (2,3%), im Alter zwischen 15 und 17 Jahren, gaben an, Verhütungsmittel zu verwenden. Zwei dieser Mädchen nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung die Pille, ein Mädchen verhütete mit einem Hormonstab.

Keines der in der KSA vorgestellten Kinder oder Jugendlichen hatte bereits selbst ein Kind geboren, war schwanger gewesen, oder war zum Zeitpunkt der Untersuchung, eigenen Angaben zufolge, schwanger. Diese Erkenntnisse beruhen allein auf der Anamnese. In der KSA wird kein Schwangerschaftstest durchgeführt.

### **4.5.2 Vorstellungsgrund und Details zu dem Delikt**

In 29 Fällen (21,1%) wurde der Verdacht auf eine Penetration als Vorstellungsgrund in der KSA angegeben wurde (siehe Tabelle 7).



<b>Vorstellungsgrund</b>	<b>Anzahl n</b>
V.a. Penetration	<b>29</b>
sexualisiertes Verhalten	<b>34</b>
auffälliges Verhalten	<b>49</b>
streicheln/berühren im Intimbereich	<b>32</b>
Angegebene Auffälligkeiten im Anogenitalbereich	<b>23</b>

**Tabelle 7: Vorstellungsgrund (Mehrfachnennungen möglich)**

Ein auffälliges Verhalten (in Form von z.B. Verhaltensänderungen, etc.) wurde in 49 Fällen (37,4%) als Vorstellungsgrund angegeben. 34 Kinder (26,0%) zeigten sexualisiertes Verhalten. 32 Kinder (24,4%) gaben an, im Intimbereich berührt, gezwickt oder gestreichelt worden zu sein. 23 Kinder (17,6%) wurden primär vorgestellt, weil sie Zuhause oder im Kindergarten Auffälligkeiten im Genitalbereich zeigten, für die sich keine Erklärung fand (z.B. Rötungen).

Im Folgenden werden die 29 angegebenen Penetrationen aufgeschlüsselt (siehe Tabelle 8). Deutlich wird, dass in 17 Fällen (58,6%) eine vaginale Penetration angegeben wurde. In 34,5% wurde eine anale Penetration angegeben. In 50% der Fälle handelte es sich hier um Jungen.

<b>Ort der Penetration / Penetrationsgegenstand</b>	<b>Penis</b>	<b>Finger</b>	<b>Finger und Penis</b>	<b>Gegenstand</b>	<b>Gesamt</b>
vaginal	7	6	0	4	<b>17</b>
anal	1	6	0	3	<b>10</b>
vaginal, anal	0	1	0	0	<b>1</b>
vaginal, oral	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Gesamt</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>29</b>

**Tabelle 8: Ort der Penetration und angegebener Gegenstand**

Aus Tabelle 8 ist des Weiteren zu entnehmen, mit welchem Körperteil bzw. Gegenstand die Penetration ausgeführt worden sein soll. 13 Penetrationen (44,8%) wurden mit dem Finger verübt, gleich oft vaginal wie anal.

In vier Fällen handelte es sich um männliche Kinder oder Jugendliche unter 5 Jahre, die mit dem Finger anal penetriert wurden. Bei den übrigen neun Fällen handelt es sich um Mädchen. Sechs dieser Mädchen gaben eine vaginale Penetration mit dem Finger an, zwei eine anale und ein Mädchen gab an, mit dem Finger sowohl vaginal als auch anal

penetriert worden zu sein.

In acht Fällen (27,6%) wurde mit dem Penis penetriert, in einem Fall anal (ein 11-jähriges Mädchen) und in sieben Fällen vaginal. In sieben Fällen (24,1%) wurde mit einem Gegenstand penetriert. In drei Fällen konnte eruiert werden, um welche Gegenstände es sich handelte. Einmal wurde ein Bleistift benutzt, einmal ein Schraubenzieher und einmal Knetmasse.

Im Folgenden werden die acht Fälle exemplarisch vorgestellt, in denen es zu einer Penetration mit dem Penis gekommen war.

Im Folgenden wird vaginaler Geschlechtsverkehr mit vaginalem GV abgekürzt.

- Ein 11-jähriges Mädchen gab an, von einem 14-jährigen Jungen zum vaginalen und analen GV gezwungen worden zu sein.
- Ein 15-jähriges Mädchen gab an, unfreiwilligen vaginalen GV mit ihrem 16-jährigen Ex-Freund gehabt zu haben.
- Ein 10-jähriges Mädchen gab an, seit sie fünf Jahre alt sei regelmäßig vaginalen GV mit dem dreizehnjährigen Bruder zu haben.
- Ein dreijähriges Mädchen gab an, dass der Stiefbruder versucht habe, seinen Penis in ihre Vagina einzuführen., sie musste außerdem „den Lullu lutschen“ (spontane Aussagen des Mädchens)
- Ein 12-jähriges Mädchen gab unfreiwilligen vaginalen GV mit dem Freund des Lebensgefährten der Mutter an.
- Ein 14-jähriges Mädchen wurde alkoholisiert von einem Bekannten zu vaginalem GV gezwungen.
- Ein achtjähriges Mädchen gab an, vaginalen GV mit dem Vater gehabt zu haben. Hierbei sei es zweimal zu einem Samenerguss gekommen.
- Ein 17-jähriges Mädchen gab an, mit einem Bekannten vaginalen GV gehabt zu haben. Er habe dann begonnen mit dem Finger zu manipulieren und dies sei ausdrücklich gegen ihren Willen gewesen.

In einem der 29 Fälle (3,5%), in denen eine Penetration angegeben wurde, wurde ein Samenerguss bejaht. In ebenfalls einem Fall wurde die Nutzung eines Kondoms angegeben.

### 4.5.3 Untersuchung

131 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen < 1Jahr bis 10 Jahren wurden aufgrund des Verdachts auf ein Sexualdelikt in der KSA vorgestellt. Fünf Kinder (3,8%) konnten nicht untersucht werden, da sie die Untersuchung verweigerten.

#### Reifungsperiode

Zu 101 Kindern und Jugendlichen (77,1%) fanden sich in den Dokumentationsbögen Angaben zur Reifungsperiode.

81 Mädchen (61,8%) der 131 befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der hormonellen Ruheperiode. Aus Tabelle 9 ist zu entnehmen, dass sich von den 81 Kindern 64 (79,0%) in der Altersgruppe der 1 bis unter 6Jährigen befand. Die vier Kinder, welche sich in der Altersgruppe der 1 bis unter 6-Jährigen befanden, waren ein, zwei, drei und fünf Jahre alt.

Altersgruppe	Anzahl n
Unter 1 Jahr	1
1 bis unter 6 Jahre	64
6 bis unter 10 Jahre	16
10 bis unter 14 Jahre	0
14 bis unter 18 Jahre	0
<b>Gesamt</b>	<b>81</b>

**Tabelle 9: Hormonelle Ruheperiode, Altersgruppen**

20 Mädchen (15,3%) befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der pubertären oder präpubertären Phase.

Altersgruppe	Anzahl n
Unter 1 Jahr	0
1 bis unter 6 Jahre	4
6 bis unter 10 Jahre	3
10 bis unter 14 Jahre	7
14 bis unter 18 Jahre	6
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>

**Tabelle 10: Präpubertäre oder pubertäre Phase, Altersgruppen**

Zu 121 Kindern und Jugendlichen (92,4%) fanden sich Angaben zu den Tanner-Stadien. 106 dieser Kinder und Jugendliche (87,6%), hiervon 91 weiblich, wurden zum Zeitpunkt

der Untersuchung aufgrund des Status ihrer Entwicklung dem Tanner-Stadium I zugeordnet (siehe Tabelle 11). Sechs Mädchen (4,6%) aus der Altersgruppe der 14 bis unter 18-Jährigen, befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits im Tanner Stadium V.

<b>Tanner-Stadium</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>Anzahl n</b>
I	15	91	<b>106</b>
II	0	2	<b>2</b>
I-II	0	3	<b>3</b>
III	0	3	<b>3</b>
III-IV	0	1	<b>1</b>
V	0	6	<b>6</b>
<b>Gesamt</b>	<b>15</b>	<b>106</b>	<b>121</b>

**Tabelle 11: Tanner-Stadien**

## Hymenalform

Insgesamt wurden 111 Mädchen (84,7%) mit dem Verdacht auf ein Sexualdelikt in der KSA vorgestellt. Die anatomische Form des Hymens konnte in 93 (83,8%) dieser 111 Fälle beurteilt werden.

48 Mädchen (43,2%) wiesen eine anuläre Form des Hymens auf, 40 Mädchen (36,0%) eine semilunäre und fünf (4,5%) eine „andere“.

## 4.5.4 Befunde

### Befunde im Anogenitalbereich

45 Kinder (34,4%) wiesen Auffälligkeiten im Anogenitalbereich auf. Tabelle 12 zeigt, um welche Auffälligkeiten es sich handelte.

<b>Auffälligkeiten</b>	<b>Anzahl n</b>
Rötungen	<b>20</b>
Synechie	<b>3</b>
Rötung + Synechie	<b>1</b>
Schleimhautdefekt Vulva	<b>8</b>
Schleimhautdefekt After	<b>5</b>
Narbenbildung After	<b>1</b>
Hautverfärbung After	<b>1</b>
Hautverfärbung Vulva	<b>1</b>

Kerbe im Hymenalsaum	5
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>

**Tabelle 12: Auffälligkeiten im Anogenitalbereich**

Deutlich wird, dass es sich in fast 50% der Fälle um Rötungen handelte. In acht Fällen (17,7%) wurden Schleimhautdefekte im Bereich der Vulva angegeben. Bei fünf Mädchen (11,1%) wurde eine Kerbe im freien Hymenalsaum festgestellt.

Ein dreijähriger Junge zeigte in Steinschnittlage eine kleine Fissur bei 6 Uhr am After. Ein weiterer Junge, vier Jahre alt, zeigte bei 9 Uhr in Steinschnittlage eine fragliche Narbenbildung. Ein fünfjähriges Mädchen zeigte Rhagaden im Bereich des After.

Zwei Kinder fielen mit Hautverfärbungen im Anogenitalbereich auf. Ein vierjähriges Mädchen zeigte zum Zeitpunkt der Untersuchung eine 1x1 cm messende Hautverfärbung von rötlich-bläulicher, im Randbereich gelblichgrüner Verfärbung bei 4 Uhr SSL am After. Ein zweijähriges Mädchen zeigte eine unspezifische Hautverfärbung bei 1 Uhr SSL an der vorderen Kommissur der Labien.

Im Folgenden werden exemplarisch detailliert Befunde von drei Mädchen vorgestellt, die Kerben im Hymenalsaum aufwiesen und aus deren Untersuchung nachfolgend der Auftrag für ein schriftliches Gutachten resultierte.

#### *Kasuistik*

Ein 11-jähriges Mädchen wurde vorgestellt, da es unfreiwillig vaginalen GV mit einem 14-jährigen Jungen angegeben hatte. Die anogenitale Untersuchung zeigte ein intaktes Hymen, wobei sich bei 2 Uhr eine tiefe Kerbenbildung gezeigt hatte, die in diesem Bereich nicht als Folge eines sexuellen Übergriffes zu werten war. Es könne sich dabei um eine Normvariante handeln. Das Hymen selbst war bereits hormonell umgewandelt, so dass in dieser Phase eine vollständige Penetration mit einem Penis auch ohne Setzen von Verletzungen jederzeit möglich sei.

#### *Kasuistik*

Ein 10-jähriges Mädchen hat anamnestisch angegeben, seit ihrem fünften Lebensjahr regelmäßig vaginalen Geschlechtsverkehr mit ihrem 13-jährigen Bruder zu haben. Die anogenitale Untersuchung zeigte eine Entzündung im Scheidenvorhof und ein rundlich angelegtes Hymen. Bei 2 Uhr in Steinschnittlage (siehe Abbildung 12) zeigte sich eine fast

bis auf den Grund reichende Einbuchtung, die im Sinne einer „mechanisch“ bedingten Kerbe interpretiert worden sein könne. Eine Normvariante war nicht auszuschließen. Außerdem zeigte sich eine minimale Kerbe bei 5 Uhr am Hymen. Diese hätte Folge eines länger zurückliegenden Defekts sein können. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war dies nicht mehr zu belegen. Das Hymen des Mädchens war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits hormonell verändert. Eine Penetration in dieser Phase wäre bei vorsichtigem Vorgehen auch ohne Setzen von Verletzungen möglich gewesen. Der Vorfall wie geschildert hätte sich mit den Befunden jederzeit in Einklang bringen lassen.



**Abbildung 12: 10-jähriges Mädchen, fast bis auf den Grund reichende Kerbe auf 2 Uhr SSL**

### *Kasuistik*

Ein 12-jähriges Mädchen wurde vorgestellt, weil der Freund vom Lebenspartner der Mutter verdächtigt wurde, sexuelle Gewalt an ihr verübt zu haben. Die anogenitale Untersuchung zeigte ein hormonell deutlich ausgereiftes Jungfernhäutchen, in seitlichen Anteilen weitgehend hoch aufgebaute, fleischige und leicht gelappte Konfiguration zwischen 6 und 8 Uhr in Steinschnittlage erschien es verhältnismäßig aufgebraucht. Zwischen 7 und 8 Uhr fand sich eine deutliche, jedoch nicht bis auf den Grund reichende Kerbenbildung, die etwa 75% des Hymenalsaums umfasste. Die gutachterliche Stellungnahme erläutert, dass ein solcher Befund in der Regel das Resultat eines mechanischen Traumas darstelle und sich bei Fehlen anderweitiger Erklärungen ggf. mit einer unvollständigen Deflorationsverletzung infolge Einführens eines erigierten Penis in die Scheide des nach Angabe zum Tatzeitpunkt ca. 7-8 Jahre alten und sich damit aller Wahrscheinlichkeit nach allenfalls in der präpubertären Phase befindlichen Kindes zuzuordnen sei.

Bei den übrigen zwei Mädchen, die ebenfalls Kerben im Hymenalsaum aufwiesen, handelte es sich um ein drei- und um ein vierjähriges Mädchen mit fraglichen Kerbenbildungen bei 2 bzw. 11 Uhr.

## Extragenitale Befunde

Betroffene Region	Anzahl n	Hautverfärbung	Hautdefekt (Abschürfung)	Narbe
Extremitäten	51	41	16	1
Kopf	0	0	0	0
Hals	2	2	1	0
Gesicht	6	5	1	2
Rumpf	7	6	4	1
Gesäß	4	4	1	1

**Tabelle 13: Betroffene Körperregion und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich)**

Neben den Befunden im Anogenitalbereich wiesen die Kinder und Jugendlichen zum Teil auch extragenitale Befunde auf. Aus Tabelle 13 ist zu entnehmen, welche extragenitalen Körperregionen Befunde aufwiesen. Bei 51 Kindern und Jugendlichen (38,9%) (n=131) wurden die Extremitäten als betroffen angegeben. Mehrfachnennungen sind möglich, da einige Kinder und Jugendliche mehrere Verletzungen mit unterschiedlichem Entstehungshintergrund nebeneinander aufwiesen. Deutlich wird, dass vor allem die Extremitäten der Kinder und Jugendlichen betroffen waren, hier fanden sich vor allem Hautverfärbungen. In sechs Fällen (4,6%) wurde das Gesicht als betroffen angegeben (Stirn, Auge, Kinn). Im Folgenden werden die genauen Lokalisationen der extragenitalen Befunde näher betrachtet. Deutlich wird, dass vor allem die Unterschenkel betroffen waren (siehe Tabelle 14).

Lokalisation	Anzahl n
Oberarm re	6
Oberarm li	7
Oberarminnenseite	1
Unterarm re	6
Unterarm li	3

Unterarminnenseite	<b>0</b>
Palmarfläche Hand	<b>0</b>
Plantarfläche Hand	<b>3</b>
Oberschenkel re	<b>11</b>
Oberschenkel li	<b>10</b>
Oberschenkelinnenseite	<b>4</b>
Unterschenkel re	<b>32</b>
Unterschenkel li	<b>26</b>
Unterschenkelinnenseite	<b>2</b>
Fußrücken	<b>3</b>

**Tabelle 14: Lokalisation der Befunde an den Extremitäten  
(Mehrfachnennungen möglich)**



## **4.6 Körperliche Gewalt**

Im Folgenden werden die Kinder und Jugendlichen, welche mit dem Verdacht auf (66 Fälle) und zum Ausschluss körperlicher Gewalt (5 Fälle) vorgestellt wurden, zusammengefasst.

Der Verdacht oder Ausschluss eines körperlichen Gewaltdelikts war in 71 Fällen (31,6%) der Vorstellungsgrund in der Ambulanz, es handelte sich in 36 Fällen (50,7%) um Mädchen und in 35 Fällen (49,3%) um Jungen.

### **4.6.1 Vorstellungsgrund und Details zu dem Delikt**

Im Folgenden wird aufgegliedert, aufgrund welchen Delikts die Kinder und Jugendlichen in der KSA vorgestellt wurden (aus Anamnese erhoben) (siehe Tabelle 15). Deutlich wird, dass 34 der 71 Kinder (47,9%) aufgrund von Schlägen zur Untersuchung gebracht wurden. In 13 Fällen (18,3%) fielen die Kinder zwar mit Verletzungen auf, es konnte allerdings nicht eruiert werden, woher diese Verletzungen stammten. Thermische Gewalt in Form von Verbrennungen oder Verbrühungen wurde in sieben Fällen (9,9%) als Vorstellungsgrund angegeben.

<b>Vorstellungsgrund</b>	<b>Anzahl n</b>
Stumpfe Gewalt durch Schläge	<b>34</b>
Noxen (z.B. Medikamente)	<b>1</b>
Strangulation	<b>1</b>
Thermische Gewalt	<b>7</b>
Versuch des Ertränkens	<b>1</b>
Sturz	<b>3</b>
Sonstiges	<b>11</b>
Unbekannt	<b>13</b>
<b>Gesamt</b>	<b>71</b>

**Tabelle 15: Vorstellungsgrund**

Im Folgenden werden die Vorstellungsgründe und die Angaben zu den Mechanismen genauer betrachtet.

#### **Stumpfe Gewalt durch Schläge**

Zunächst wurde aus der Anamnese herausgefiltert, mit was geschlagen wurde (auch die Schuhe wurden zum Schlagen verwendet). Aus Tabelle 16 ist zu entnehmen, dass in 16 von 34 Fällen (47,1%) die flache Hand zum Schlagen verwendet wurde (hier dominierten die weiblichen TV). In sieben Fällen (20,6%) wurde angegeben, dass mit einem Gürtel geschlagen wurde (in allen Fällen der leibliche Vater der TV).

Schlagwerkzeug	Anzahl n
flache Hand	16
Faust	5
Gürtel	7
stockähnlicher Gegenstand	4
Schuh	2

**Tabelle 16: „Schlagwerkzeuge“ (Mehrfachnennung möglich)**

### Noxen

Als Noxe wurden Medikamente angegeben. Nähere Angaben fehlen.

### Strangulation

Als einzige Form der Strangulation wurde Würgen angegeben. Drosseln oder Erhängen kamen nicht vor. Über Dauer der Einwirkungen konnten keine Angaben gemacht werden.

### Thermische Gewalt

Verbrennungen durch Zigaretten waren in fünf Fällen der 71 Kinder und Jugendlichen (7,0%) und Verbrühungen durch heißes Wasser in zwei Fällen (2,8%) der Vorstellungsgrund in der KSA. Zu der Dauer der Einwirkung und zur Wassertemperatur wurden keine Angaben gemacht.

### Versuch des Ertränkens

Der Ertränkungsversuch fand in der Badewanne statt. Der Kopf wurde unter Wasser gehalten. Über die Dauer der Einwirkung wurden keine Angaben gemacht

## Sturz

Zu den drei angegebenen Stürzen konnten die aus Tabelle 17 ersichtlichen Mechanismen eruiert werden.

<b>Sturz</b>	<b>Anzahl n</b>
auf einen Gegenstand	1
von einem Gegenstand herunter	1
keine Angabe	1
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>

**Tabelle 17: Sturzmechanismus**

In einem Fall wurde angegeben, dass das Kind vom Sofa auf ein Spielzeug gefallen sei, in einem weiteren Fall sei das Kind von einer Schaukel gefallen. Zur Höhe des Sturzes und zu dem Spielzeug wurden keine Angaben gemacht.

## Sonstiges

Für die Kategorie „Sonstiges“ wurde sich bei folgenden Szenarien entschieden: Inobhutnahme durch das Jugendamt, Schubsen oder Stoßen (siehe Tabelle 18).

<b>Sonstiges</b>	<b>Anzahl n</b>
Inobhutnahme	8
Schubsen in ein Gebüsch	1
Schubsen vom Rad	1
Stoßen gegen Treppengeländer	1
<b>Gesamt</b>	<b>11</b>

**Tabelle 18: Vorstellungsgrund Kategorie „Sonstiges“**

Acht Kinder (11,3%) waren vor der Untersuchung durch das Jugendamt in Obhut genommen worden. In sechs Fällen (75%) fand die Inobhutnahme aufgrund von bekannter häuslicher Gewalt in der Familie (Gewalt seitens des Vaters gegen die Mutter) statt. Das Jugendamt wünschte als Vorsichtsmaßnahme eine Untersuchung der Kinder. Bei den sechs Kindern handelte es sich in zwei Fällen um Geschwisterkinder. Einmal wurden zwei Geschwisterkinder (ein Mädchen und ein Junge) und einmal drei Geschwisterkinder (zwei Jungen und ein Mädchen) in Obhut genommen.

## Unbekannt

Aus Tabelle 19 ist zu entnehmen, wieviel Kinder und Jugendlichen unter die Kategorie „unbekannt“ fielen. Zehn Kinder (14,1%) waren mit Verletzungen wie z.B. Hämatomen

aufgefallen ohne dass ein Entstehungsmechanismus dahinter bekannt war. Die Verletzungen waren nicht so massiv, dass akut eine Gefahr für die Kinder bestanden hätte. In einem Fall wurden aus dem Kindergarten Anschuldigungen gegen die Mutter laut, da die Kinder mit Verletzungen auffielen. Die Kinder wurden vorsorglich in der KSA untersucht.

<b>Vorstellungsgrund</b>	<b>Anzahl n</b>
Mit Verletzungen aufgefallen	<b>10</b>
Frakturen	<b>2</b>
Beschuldigung gegen Mutter	<b>1</b>
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>

**Tabelle 19: Vorstellungsgrund Kategorie „unbekannt“**

## **4.5.2 Befunde**

### **Stumpfe Gewalt durch Schläge**

Äußerlich sichtbare Verletzungen durch Schläge können als Hämatome, Schürfungen oder Hautdefekt imponieren. In der Auflistung (siehe Tabelle 20) wird zunächst nicht unterschieden, ob die Verletzungen akzidentell oder traumatisch entstanden sind. Bei den untersuchten Fällen (siehe Tabelle 20) überwogen die Hautverfärbungen. Zudem wird deutlich, dass vor allem die Extremitäten, vor allem die untere Extremität, betroffen waren (siehe Tabelle 21).

Quetsch-Riss-Wunden oder Frakturen als Zeichen innerer Verletzungen infolge von Schlägen wurden bei keinem Kind oder Jugendlichen festgestellt.

<b>Betroffene Region</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Hautverfärbung</b>	<b>Hautdefekt</b>	<b>Riss-Quetsch-Wunde</b>	<b>Fraktur</b>
Extremitäten	<b>30</b>	<b>25</b>	18	0	0
Kopf	<b>0</b>	0	0	0	0
Hals	<b>3</b>	3	3	0	0
Gesicht	<b>12</b>	10	9	0	0
Rumpf	<b>12</b>	<b>12</b>	6	0	0
Gesäß	<b>5</b>	<b>5</b>	1	0	0
Genitale	<b>3</b>	<b>3</b>	1	0	0

**Tabelle 20: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich)**

Besonders hervor sticht, dass in drei Fällen angegeben wurde, dass das Genitale von

Schlägen getroffen worden sei. In zwei Fällen handelte es sich um Stockschläge auf das Genitale und in einem Fall um den Schlag mit einem Schuh auf die Analfalte. Abbildung 13 zeigt eine Hautdefektstelle im Genitalbereich, die laut Angaben aus der Anamnese durch Stockschläge eines Mädchens auf das Genitale eines anderen Mädchens entstanden waren (das Hymen war bei der Untersuchung unverletzt).

Des Weiteren ist aus Tabelle 20 zu entnehmen, dass in zwölf Fällen das Gesicht als betroffen angegeben wurde. In jeweils einem Fall waren Befunde an Schläfe, Stirn und Augenlid ersichtlich. In drei Fällen fanden sich Hautverfärbungen am Kinn und in sechs Fällen Hautverfärbungen und Hautdefektstellen an der Wange.



**Abbildung 13: vierjähriges Mädchen, V.a. Stockschläge auf das Genitale  
(konsiliarische Untersuchung in einer Kinderklinik)**

In erster Linie ist aus Tabelle 21 zu entnehmen, welche Extremitäten betroffen waren. In erster Linie handelte es sich um Hautverfärbungen. Diese befanden sich vor allem an den Armen und Beinen. Die Oberarminnenseiten waren nur in einem Fall betroffen.

Des Weiteren wurde eruiert, ob die Hautveränderungen konturiert waren, um eine eventuelle Abbildung des Schlagwerkzeuges beurteilen zu können.

In vier Fällen (11,8%) der 34 Kinder und Jugendlichen, stellten sich die Befunde als konturiert da.

Insgesamt wurden in 16 Fällen Schläge mit der flachen Hand angegeben. Ein dreijähriges Mädchen zeigte nach Schlägen mit der flachen Hand eine geformte Hautverfärbung im

Bereich der Wange sowie Griffspuren im Bereich des Unterkiefers.

<b>Lokalisation</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Hautverfärbung</b>	<b>Hautdefekt</b>
Oberarm rechts	11	8	5
Oberarm links	14	14	8
Oberarminnenseiten	1	0	1
Unterarm rechts	13	10	5
Unterarm links	11	9	5
Unterarminnenseite	4	1	1
Palmarfläche Hand	1	0	1
Plantarfläche Hand	9	7	8
Oberschenkel rechts	11	10	6
Oberschenkel links	9	8	4
Oberschenkelinnenseiten	1	1	1
Unterschenkel rechts	16	13	10
Unterschenkel links	18	14	9
Unterschenkelinnenseite	1	1	1
Fußrücken	4	4	3

**Tabelle 21: Lokalisation der Befunde an den Extremitäten (Mehrfachnennung möglich)**



**Abbildung 14: dreijähriges Mädchen, Zustand nach Stockschlägen auf den Venushügel**

Ein 15-jähriges Mädchen zeigte streifige, geformt imponierende Hautverfärbungen am Oberarm nach Schlägen mit einem Kabel. Ein 12-jähriger Junge zeigte im Bereich der linken Schulter grüngelbe, längliche Hautverfärbungen mit zentraler, rötlicher Verfärbung nach Schlägen mit einem Gürtel. Ein dreijähriges Mädchen zeigte geformte Hautverfärbungen am Venushügel nach Stockschlägen (siehe Abbildung 14).

## Noxen

### *Kasuistik*

Ein achtjähriger Junge wurde durch das Jugendamt in der KSA vorgestellt. Der Junge hatte angegeben, von der Lebensgefährtin des Vaters Medikamente verabreicht bekommen zu haben. Es wurden keine Angaben gemacht, um welche Medikamente über welchen Zeitraum es sich gehandelt hatte, ob der Junge eine körperliche Beeinträchtigung angegeben hatte oder wodurch sich die vermutete Verabreichung geäußert hatte. Die körperliche Untersuchung zeigte keine pathologischen Befunde. Es wurde keine toxikologische Untersuchung von Blut oder Urin in Auftrag gegeben.

## Strangulation

### *Kasuistik*

Ein 16-jähriges Mädchen stellte sich in der KSA vor, nachdem sie von Vater und Bruder gewürgt worden war. Zu Bewusstlosigkeit, Schwindel oder Kopfschmerzen konnten retrospektiv keine Angaben mehr gemacht werden. Es fanden sich keine Petechien im Bereich der Augenlider. Die körperliche Untersuchung zeigte drei streifige Rötungen (zweimal ca. 5 cm lang, einmal ca. 2 cm lang) mit leichter Antragung von Krusten an der rechten Halsseite. Das Mädchen zeigte außerdem multiple Narben an Kopf und Extremitäten. Zum Entstehungsmechanismus der Narben wurden von dem Mädchen keine Angaben gemacht.

## Thermische Gewalt

Thermische Gewalteinwirkung war in sieben Fällen (9,9%) der Vorstellungsgrund in der KSA, bzw. in zwei Fällen der Grund für die konsiliarische Untersuchung in einer Kinderklinik. Zunächst wird aufgelistet, welche Körperregionen durch Verbrennungen durch Zigaretten oder Verbrühungen durch heißes Wasser Befunde aufwiesen (siehe Tabelle 22). In fünf Fällen (7,0%) wurde die Verbrennung durch eine Zigarette als Vorstellungsgrund in der KSA angegeben. Es handelte sich um Kinder zwischen einem und acht Jahre.

Betroffene Region	Anzahl n	Hautverfärbung	Hautdefekt
Extremitäten	7	5	6
Kopf	0	0	0
Hals	0	0	0

Gesicht	1	1	1
Rumpf	1	1	1
Gesäß	0	0	0
Genitale	0	0	0

**Tabelle 22: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich).**

In allen fünf Fällen fanden sich Befunde an den Extremitäten (Handgelenk, Palmarfläche Hand, Oberschenkel, Oberarm, Schulterblatt). Aus Tabelle 22 erschließt sich nur die Anzahl, wie oft die Körperregionen betroffen waren. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Hautverfärbungen und Hautdefekten an einer Lokalisation bei ein und demselben Kind und Jugendlichen, wurde jeweils Hautverfärbung und Hautdefekt gezählt. Daraus ergeben sich die Mehrfachnennungen.

Die Ausprägung der Befunde ist aus Tabelle 23 zu entnehmen. Alle Kinder und Jugendlichen wiesen scharf begrenzte Hautdefektstellen auf, zum Teil bereits als Narbe imponierend.

Beschreibung	Anzahl n
Hautdefekt	5
scharfe Begrenzung	5
Narbe	3
konfluierend	0
kokardenartiger Rand	0
Handschuhmuster	1
symmetrische Ausbildung	1

**Tabelle 23: Ausprägung Befunde durch thermische Gewalteinwirkung**

Zwei Kinder, beide ein Jahr alt, wurden aufgrund von Verbrühungen in der KSA vorgestellt oder durch Mitarbeiter der KSA konsiliarisch untersucht.

In einem Fall wurde ein Übergießmechanismus mit Wasser aus dem Wasserkocher geschildert (asymmetrische Ausbildung, nur linke Körperseite betroffen, hier ca. 15% der Körperoberfläche verbrannt, keine Angaben zum Grad der Verbrennung), im zweiten Fall ein Hineinfassen in heißes Wasser (symmetrische Ausbildung, Handschuhmuster, keine Angaben zum Grad der Verbrennung). Zu beiden Fällen fehlen genaue Angaben zu den Entstehungsmechanismen (wie heiß das Wasser war, worin sich das Wasser befand, Details zum Mobiliar etc.)



## Versuch des Ertränkens

### *Kasuistik*

Ein achtjähriger Junge hatte angegeben, dass sein Vater ihn mit dem Kopf beim Baden unter Wasser gedrückt habe. Beim Versuch sich zu wehren, hätte er sich den Kopf an der Fensterbank angestoßen. Der Vorfall lag zum Zeitpunkt der Untersuchung fünf Tage zurück. Zur genauen Dauer der Einwirkung konnten keine Angaben gemacht werden, ebenso verhielt es sich mit der Frage nach Bewusstlosigkeit.

Die körperliche Untersuchung zeigte eine flächige, gelbe, teilweise grünliche Hautverfärbung an der rechten Stirn- und Schläfenregion, vom Haaransatz bis zu den Augenbrauen reichend.

An der rechten Stirn zeigte sich ein in Abheilung befindlicher Hautdefekt mit Krustenantragung. An der linken Unterlippe befand sich eine fragliche Einblutung in die Lippenumschlagsfalte, außerdem eine Einblutung in das rechte Oberlid von ca. 3 cm Länge. Es blieb unklar, ob die Fensterbank sich in der Nähe der Badewanne befunden hat und somit ein Anstoßen an die Fensterbank im Bereich des Möglichen gelegen hätte.

## Sturz

In drei Fällen wurde ein Sturzgeschehen (4,2%) als Untersuchungsgrund angegeben (von Schaukel, von Sofa auf Spielzeug). Alle drei Kinder zeigten Hautverfärbungen im Gesicht (Stirn, Wange, Kinn) und am Kopf (Ohr). Im Folgenden werden die drei Kasuistiken vorgestellt.

### *Kasuistik*

Ein einjähriges, männliches Kind, soll nach Angaben der Eltern vom Sofa hinab auf ein Spielzeug gefallen sein. Die körperliche Untersuchung in der Kinderklinik ergab folgende Befunde: Im Bereich der linken Stirn imponierten zwei Stellen, welche sich durch eine Ansammlung von punktförmigen Hautunterblutungen (kreisrund, ca. 0,2 mm im Durchmesser, ca. 15) darstellten. Eine ebensolche Stelle zeigte sich im Bereich der rechten Stirn, kurz unter dem Haaransatz. Am rechten Ohr stellten sich multiple, rötlich violette Hautunterblutungen, ziehend nach retroaurikulär dar. Am Kinn zeigte sich eine 2,5x2,5 cm durchmessende, flächige Hautrötung.

### *Kasuistik*

Bei einem sechsjährigen Jungen wurde ein zwei Tage zurückliegender Sturz von einer Schaukel angegeben, diese sei beim Zurückschwingen gegen sein Gesicht geschlagen. Die linke Ohrregion des Jungen zeigte multiple Hautverfärbungen. In der Stirnregion fanden sich kratzerartige Hautdefekte. In der rechten Wangenregion fanden sich in einem ca. 4 cm hohen und bis zu 6 cm breiten Areal mindestens drei annähernd parallel zueinander gestellte, leicht schräg verlaufende streifige rötliche Hautverfärbungen, mit dazwischenliegenden, abgeblassten Arealen.

Die Verletzungen an der Wange wurden vom Untersucher als älter eingestuft und ließen sich mit Einwirkung stumpfer Gewalt, wie zum Beispiel Schläge gegen das Gesicht des Jungen erklären. Die kratzerartigen Hautdefekte an der rechten Stirn seien durch stumpfe Gewalteinwirkung mit tangential-schürfendem Charakter herbei zu führen. Hier sei das Zurückschlagen einer Schaukel nicht auszuschließen.

### *Kasuistik*

Ein sechs jähriges Mädchen war in der Schule mit Verletzungen aufgefallen und hatte angegeben, gestürzt zu sein. Die körperliche Untersuchung ergab folgende Befunde: Im Bereich der linken Schläfe imponierte eine gelblichgrüne Hautverfärbung (1cm), im Bereich des linken Unterkiefers zeigte sich eine intensiv rötlich-blaue in den Randbereichen gelblich-grünliche Hautverfärbung mit zentral fraglichem Ablassungsbezirk. An der Wange imponierte ein kratzerartiger, rötlicher Hautdefekt von 0,4 cm Länge. Die Innenseite des linken Oberarms wies braun-rötliche bzw. bläuliche Hautverfärbungen auf, welche sich im Randbereich gelblich darstellten. Zentral befand sich jeweils eine Ablassung. Die untere Extremität wies multiple Hautdefektstellen auf. Zusammenfassend fanden sich laut schriftlichem Gutachten vielfache, unterschiedlich alte Verletzungen im Gesicht, am linken Oberarm sowie am Rumpf, die ohne vernünftigen Zweifel auf vielfache, zum Teil erhebliche stumpfe Gewalteinwirkung, am ehesten durch dritte Hand zurückzuführen sind. Ein Teil dieser Verletzungen dürfte durch Schläge mittels eines festen Gegenstandes entstanden sein.

### Sonstiges

In 15,5% der Fälle (11 Kinder und Jugendliche) wurde die Kategorie „Sonstiges“ gewählt. Für die Kategorie „Sonstiges“ wurde sich bei Folgenden Szenarien entschieden: Inobhutnahme durch das Jugendamt, Schubsen oder Stoßen (siehe Tabelle 18).

Aus Tabelle 24 ist zu entnehmen, dass alle Kinder und Jugendlichen Befunde an den Extremitäten aufwiesen, hier dominierten die Hautdefekte. Auffallend ist, dass in fünf Fällen das Gesicht (Stirn und Wange) als betroffen angegeben wurde. Auch hier dominierten die Hautdefekte.

Betrachtet man die Rubrik „Extremitäten“ genauer wird deutlich, dass vor allem die Oberarme und Unterschenkel (beidseits) betroffen waren.

<b>Betroffene Region</b>	<b>Anzahl n</b>	Haut-verfärbung	Haut-defekt	Riss-Quetsch-Wunde	Fraktur
Extremitäten	<b>8</b>	4	<b>7</b>	0	0
Kopf	<b>0</b>	0	0	0	0
Hals	<b>0</b>	0	0	0	0
Gesicht	<b>5</b>	3	4	0	0
Rumpf	<b>4</b>	2	4	0	0
Gesäß	<b>1</b>	1	1	0	0
Genitale	<b>1</b>	0	1	0	0

**Tabelle 24: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich)**

### Unbekannt

13 Kinder und Jugendliche (18,3%) fielen in die Kategorie „unbekannt“. Zwei Kinder wurden konsiliarisch in der Kinderklinik untersucht, da sie Frakturen aufwiesen ohne dass ein Entstehungsmechanismus bekannt gewesen wäre. Frakturiert waren Clavicula, Femur und Rippen.

Auch hier wird zunächst beschrieben, an welchen Körperregionen die Kinder und Jugendlichen Befunde zeigten.

Aus Tabelle 25 ist zu entnehmen, dass 12 der 13 Kinder Befunde an den Extremitäten aufwiesen. Es handelte sich in den meisten Fällen um Hautverfärbungen in Form von Hämatomen.

<b>Betroffene Region</b>	<b>Anzahl n</b>	Haut-verfärbung	Hautdefekt	Narben	Riss-Quetsch-Wunde	Fraktur
--------------------------	-----------------	-----------------	------------	--------	--------------------	---------

Extremitäten	<b>12</b>	8	2	3	0	2
Kopf	<b>3</b>	0	0	2	0	0
Hals	<b>0</b>	0	0	0	0	0
Gesicht	<b>1</b>	1	0	0	0	0
Rumpf	<b>3</b>	1	1	1	0	1
Gesäß	<b>2</b>	2	1	0	0	0
Genitale	<b>0</b>	0	0	0	0	0

**Tabelle 25: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich)**

In zwei Fällen wurde das Gesäß als betroffen angegeben. In einem Fall stellten sich die Befunde als Striae heraus und in einem Fall als ein Mongolenfleck.

## **4.7 Sexuelle und körperliche Gewalt**

In der KSA wurden im Laufe der in dieser Arbeit ausgewerteten vier Jahre insgesamt 23 Kinder (10,2%) (von 225) mit dem Verdacht oder zum Ausschluss eines sexuellen und körperlichen Gewaltdelikts untersucht.

In sieben Fällen (30,4 %) handelte es sich um Jungen, in 16 Fällen (69,6%) um Mädchen. 12 der Kinder (über 50%) befanden sich in der Altersgruppe der 1 bis unter 6-Jährigen. Sechs Kinder (26,1%) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung sechs Jahre alt. Die übrigen fünf Kinder (21,7%) waren zwischen 12 und 16 Jahre alt.

Oftmals ist nur eine Art der Gewalteinwirkung bekannt (sexuell oder körperlich). Aus Angaben des Kindes oder Jugendlichen bzw. aus seinem Verhalten oder Befunden am Körper wurde auf eine zweite Art der Gewalteinwirkung geschlossen (von z.B. Angehörigen, Kindergärtnern etc).

### **4.7.1 Anamnese (gynäkologisch)**

Von einem Kind, welches mit dem Verdacht oder zum Ausschluss eines körperlichen und sexuellen Gewaltdelikts vorgestellt wurde, lagen Informationen betreffend die gynäkologische Anamnese vor. Ein 12-jähriges Mädchen hatte zum Zeitpunkt der Untersuchung in der KSA bereits zum ersten Mal ihre Periode gehabt. Alle anderen Mädchen befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in ihrer Entwicklung vor dem Einsatz der ersten Regelblutung.

### **4.7.2 Vorstellungsgrund und Details zu dem Delikt**

Im Folgenden werden die Gründe für die Vorstellung der Kinder und Jugendlichen mit dem Verdacht auf sexuelle und körperliche Gewalt zusammengeführt.

Nicht bei jedem Kind oder Jugendlichen waren Details zu den beiden Delikten bekannt, somit konnten in einigen Fällen nur Details zu einem der Delikte erhoben werden.

In 13 Fällen (56,5%) konnten zu dem körperlichen Delikt keine näheren Angaben gemacht werden.

Zwei Geschwisterpaare wurden vom Jugendamt vorgestellt (ein Schwesternpaar und einmal ein Schwesternpaar und den dazugehörigen Bruder), bei denen der Vater im Verdacht stand, sie sexuell missbraucht und körperlich misshandelt zu haben. Die Mädchen hatten angegeben, dass der Vater sie an den Geschlechtsteilen berührt habe.

Das Schwesternpaar (13 und 14 Jahre alt, war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in Obhut genommen worden). Der Verdacht ergab sich aus Angaben der Kinder und Jugendlichen.

Ein sechsjähriges Mädchen zeigte sexualisiertes Verhalten. In der Vorgeschichte des Mädchens sei körperliche Gewalt seitens der drogenabhängigen Eltern bekannt. Die Form der körperlichen Gewalt in der Vergangenheit konnte dem Untersucher nicht näher beschrieben werden.

In den restlichen sieben Fällen wurden entweder Andeutungen von den Kindern und Jugendlichen gemacht oder sie zeigten Zuhause oder im Kindergarten sexualisiertes Verhalten bzw. körperliche Befunde, deren Entstehungsmechanismus nicht hinreichend zu klären war.

<b>Vorstellungsgrund</b>	<b>Anzahl n</b>
Stumpfe Gewalt durch Schläge	<b>8</b>
Noxen	<b>1</b>
Strangulation	<b>0</b>
Thermische Gewalt	<b>0</b>
Versuch des Ertränkens	<b>2</b>
Sturz	<b>0</b>
Sonstiges	<b>1</b>
Unbekannt	<b>13</b>

**Tabelle 26: Vorstellungsgrund körperliches Gewaltdelikt (Mehrfachnennung möglich)**

In acht Fällen (34,8%) wurden Schläge mit der flachen Hand angegeben. In einem Fall zusätzlich mit einem Kabel. Zwei Jungen gaben neben Schlägen durch die Pflegemutter an, dass diese Pflegemutter versucht habe, den Kopf der Jungen in der Badewanne unter Wasser zu halten.

Nähere Angaben zu den Sexualdelikten konnten nur bei drei (37,5%) der acht Kinder und Jugendlichen gemacht werden. In allen drei Fällen wurde ein Streicheln oder Anfassen im Intimbereich angegeben.

Aus Tabelle 26 ist zu entnehmen, dass in einem Fall das Zuführen einer Noxe als Gewaltdelikt angegeben wurde. Hierbei handelte es sich um ein 12-jähriges Mädchen,

dessen Ex-Freund im Verdacht stand, ihr KO-Tropfen verabreicht und sie dann sexuell missbraucht zu haben. Da das Mädchen keine Erinnerung an den Vorfall hatte, konnten Fragen nach Ort der Penetration, Ejakulation und Gleitmitteln nicht beantwortet werden.

Ein Kind fiel in die Kategorie „Sonstiges“. Es handelte sich um einen fünfjährigen Jungen, der neben einer analen Penetration mit einem Bauklotz und einer urethralen Penetration mit einem Bleistift, angegeben hatte, mit einem Messer am Rücken verletzt worden zu sein (spontane Aussagen des Jungen). Genaue Angaben zu dem Tatwerkzeug und zu dem genauen Mechanismus zu den Angaben fehlen. Als Tatverdächtige benannte er andere Kinder aus dem Kindergarten

### 4.7.3 Untersuchung

#### Reifungsperiode

Zu 12 der 16 untersuchten Mädchen fanden sich Angaben zur Reifungsperiode. Acht Mädchen befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der hormonellen Ruheperiode (alle zwischen zwei und sechs Jahre alt), vier in der pubertären Reifungsperiode (zwischen 12 und 16 Jahre alt).

#### Tanner-Stadium

Bei 21 Kindern (91,3%) wurden Angaben zum Tanner-Stadium gemacht. 16 Kinder (69,6%) befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Tanner-Stadium I. Alle Kinder befanden sich in der Alterskategorie der 1 bis unter 6 -Jährigen. Zwei Kinder fielen von ihrem Entwicklungsstand in das Tanner Stadium V. Es handelte sich um ein 12- und um ein 16-jähriges Mädchen.

Tanner-Stadien	Anzahl n
I	16
II	0
III	0
IV	1
IV-V	2
V	2

Tabelle 27: Tanner-Stadien

#### Hymenalform

Sieben (43,8%) der 16 untersuchten Mädchen wiesen eine anuläre Konfiguration des Hymens auf, drei (18,8%) eine semilunäre Konfiguration. Zu den sechs weiteren Mädchen fanden sich keine Angaben zu der Form des Hymens.

#### 4.7.4 Befunde

##### Befunde im Anogenitalbereich

Acht Kinder (34,8%) zeigten „Auffälligkeiten“ im Anogenitalbereich. Aus Tabelle 28 ist die Differenzierung dieser Auffälligkeiten zu entnehmen. In 50,0 % der Fälle handelte es sich um Rötungen. Im Fall eines 14-jährigen Mädchens (V.a. sexuellen Missbrauch durch den Vater) zeigte sich eine Kerbe bei 3 Uhr im freien Hymenalsaum.

Auffälligkeiten	Anzahl n
Rötungen	4
Windeldermatitis	2
Windeldermatitis +Synechie	1
Kerbe	1

**Tabelle 28: Auffälligkeiten im Anogenitalbereich, Differenzierung**

##### Extragenitale Befunde

Extragenitale Befunde wiesen in neun Fällen (39,1%) die Extremitäten auf. Hier dominierten Hautverfärbungen. An zweiter Stelle folgte der Rumpfbereich. Auch hier dominierten Hautverfärbungen. In zwei Fällen wurde das Gesäß als betroffen angegeben (narbig imponierende Veränderung und eine kratzerartig imponierende Stelle bei bekannter Neurodermitis). Das Gesicht (genauer die Wange) zeigte bei einem Kind eine Hautverfärbung.

Betroffene Region	Anzahl n	Haut-verfärbung	Haut-defekt	Narben	Riss-Quetsch-Wunde	Fraktur
Extremitäten	9	6	1	3	0	0
Kopf	0	0	0	0	0	0
Hals	1	0	0	1	0	0
Gesicht	1	1	0	1	0	0
Rumpf	7	5	2	2	0	0
Gesäß	2	1	1	1	0	0

**Tabelle 29: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich)**



In nachfolgendem Fall wurde die Hautverfärbung als konturiert beschrieben:

### *Kasuistik*

Ein 16-jähriges Mädchen wurde in der KSA vorgestellt, da die leibliche Mutter und deren neuer Ehemann in Verdacht standen, sie zwei Tage vor der Untersuchung sowohl mit der flachen Hand als auch mit einem Kabel geschlagen zu haben. Die körperliche Untersuchung zeigte folgende Befunde: Die Innenseite des linken Oberarms wies Hautverfärbungen auf. Zudem fanden sich Hautverfärbungen im Bereich der rechten Brust sowie Hautverfärbungen am linken Oberarm, welche doppelstriemenartig imponierten. Des Weiteren wurden sowohl Rumpf als auch Extremitäten näher betrachtet. In fünf Fällen wurde der Rücken als betroffen angegeben, einmal der Thorax und zweimal das Abdomen. Im Fall der Extremitäten wurden vorwiegend die Unterschenkel (beidseits) als betroffen angegeben. Die Oberarminnenseite war in einem Fall betroffen (Schilderung unter Kasuistik).

### Stumpfe Gewalt durch Schläge

In insgesamt acht Fällen (34,8%) wurden Schläge angegeben. Ein Mädchen wies nach Schlägen mit einem Kabel eine doppelstriemenartig imponierende Hautverfärbung am linken Oberarm auf. Diese spricht für das Schlagen mit einem geformten Gegenstand.

Ein dreijähriges Mädchen wurde in der KSA vorgestellt, weil es, ebenso wie ihr zweijähriger Bruder, von Erzieherinnen angefasst und auf das Genitale geschlagen worden sei (Bruder noch zusätzlich Schläge auf den Kopf). Sie zeigte drei punktförmige, rötliche Hautveränderungen am Venushügel. Somit konnte der Verdacht auf Schläge auf das Genitale nicht ausgeräumt werden.

Im Fall der anderen sechs Kinder wurden die Extremitäten als betroffen angegeben. Es fanden sich Hautverfärbungen an stoß-und sturzspezifischen Lokalisationen.

### Noxen

Das 12-jährige Mädchen, welches mit Verdacht auf KO-Mittel-Verabreichung und anschließendem sexuellen Missbrauch in der KSA vorgestellt wurde (acht Tage nach dem Vorfall), beschrieb Kopfschmerzen und Übelkeit kurz nach dem Vorfall. Die körperliche Untersuchung zeigte keine pathologischen Befunde.

## Versuch des Ertränkens

### *Kasusitik*

Die körperliche Untersuchung des bereits erwähnten Brüderpaares (von Pflegemutter mit Kopf unter Wasser gedrückt, außerdem geschlagen, geknebelt und V.a. sexuellen Missbrauch), zeigte folgende Befunde:

Im Fall des sechsjährigen Jungen stellte sich der Penis als normal konfiguriert dar. Es zeigten sich keine Rötungen oder Schwellungen.

Im Sakralbereich imponierte eine gelbe Verfärbung. Weitere Hautverfärbungen fanden sich an sturz- und stoßexponierten Stellen.

Die anogenitale Untersuchung des fünfjährigen Bruders wurde von dem Jungen nicht toleriert. Der Tastbefund der Nase stellte sich als unauffällig dar. Es fand sich eine kleine, oberflächliche Narbe im Bereich der rechten Wange. Rücken (mittig) und Knie wiesen leichte, maximal fingerendgliedgroße Verfärbungen auf.

Zu Bewusstlosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Petechien oder sonstigen Einblutungen wurden keine Angaben gemacht.

## Sonstiges

Die Kategorie „Sonstiges“ wurde bei dem bereits erwähnten fünfjährigen Jungen gewählt, der angab, von einem anderen Kind mit einem Messer am Rücken verletzt worden zu sein sowie Bauklötze anal und einen Bleistift urethral eingeführt bekommen zu haben. Aus der körperlichen Untersuchung in der KSA resultierte der schriftliche Auftrag für ein Gutachten (Privatgutachten im Auftrag der Mutter). Die körperliche Untersuchung zeigte folgende Befunde:

An Rücken und linkem Knie fanden sich deutlich in Abheilung befindliche Verletzungen als Zeichen stumpfer Gewalteinwirkung mit tangential schürfender Komponente. Am Aftereingang bei 12 Uhr Steinschnittlage zeigte sich die Hautfältelung abschnittsweise etwas fleckig weißlich verändert. Als Narbenbildungen ließen sich die Veränderungen nicht zweifelsfrei interpretieren (Latenz von vier Monaten zwischen letztem Vorfall und Untersuchung).

## Unbekannt

Unter diese Kategorie fielen 13 Kinder (14-jähriges Mädchen mit Kerbe bei 3 Uhr SSL bereits beschrieben). Keines der Kinder zeigte pathologische Befunde. Vier Kinder zeigten

**Error! Use the Home tab to apply Überschrift 1 to the text that you want to appear here.**

---

Befunde an den Extremitäten (sturz- und stoßexponierte Stellen) und weitere vier Rötungen im Anogenitalbereich.

## **4.8 *Procedere***

### **4.8.1 Weiteres Vorgehen**

Zum Ende der Untersuchung wurde mit den Begleitpersonen bzw. den Jugendlichen ein Gespräch geführt, in dem die Befunde übermittelt und das weitere *Procedere* besprochen wurde. Insgesamt liegen zur Auswertung in 33 Fällen (14,7%) Informationen zu Empfehlungen vor, die von der KSA an die Begleitpersonen bzw. den Jugendlichen abgegeben wurden.

In 16 Fällen (7,1%) wurde empfohlen, das Jugendamt einzuschalten, einmal (0,4%) wurde empfohlen, die Polizei einzuschalten und einmal (0,4%) eine sozialtherapeutische Einrichtung empfohlen.

Bei neun Kindern (4,0%) wurde empfohlen, einen Kinder- und Jugendgynäkologen hinzuzuziehen sowie in sieben Fällen (3,1%) einen Kinder- und Jugendpsychologen.

Dreimal (1,3%) wurde von der KSA selbst das Jugendamt eingeschaltet. In allen drei Fällen handelte es sich um vierjährige Mädchen. In zwei Fällen wurde der Vater des sexuellen Missbrauchs verdächtigt, in einem Fall der Stiefbruder.

Im Fall des verdächtigten Stiefbruders wurde über die KSA dem Vater der Kontakt zum Jugendamt vermittelt.

Im Fall eines vierjährigen Mädchens, bei dem der Vater des sexuellen Missbrauchs verdächtigt wurde, gab die Mutter ihr Einverständnis, Informationen, welche aus der Untersuchung resultierten, an das Jugendamt weiterzugeben.

In einem weiteren Fall eines vierjährigen Mädchens wurde, nach Befundbesprechung mit der Mutter, ebenfalls das Jugendamt eingeschaltet.

13 Mal (5,8%) wurden Informationen zur Untersuchung an das Jugendamt weitergegeben, die bis dato nicht in den Fall involviert gewesen waren, bzw. es in sechs Fällen (2,7%) vorher waren, aber nicht betreffend der aktuellen Vorkommnisse.

Aus 20 Untersuchungen (8,9%) resultierte nachfolgend ein gerichtsverwertbares

Gutachten. Bei 12 Gutachten (5,3%) handelte es sich um Fälle von sexueller Gewalt, bei sechs Gutachten (2,7%) um Fälle körperlicher Gewalt und in zwei Fällen (0,9%) um sexuelle und körperliche Gewalt. Aus Tabelle 24 ist zu entnehmen, wer die Aufträge für die schriftlichen Gutachten erteilte.

<b>Auftraggeber Gutachten</b>	<b>Anzahl n</b>
Privatgutachten	<b>1</b>
Staatsanwaltschaft /Amtsgericht	<b>4</b>
Polizei	<b>12</b>
Jugendamt	<b>3</b>
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>

**Tabelle 30: Auftraggeber schriftliche Gutachten**

## **5 Diskussion**

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München vorzustellen und die Bedeutung rechtsmedizinischer Ambulanzen im Kontext des Kinderschutzes herauszuarbeiten. Des Weiteren wurde ein Untersuchungsbogen für die Kinderschutzambulanz erarbeitet und eine Methode entwickelt, diesen auswertbar zu machen. Die erhobenen Daten hinsichtlich vor allem der körperlichen und anogenitalen Befunde sexuell und/oder körperlich misshandelter Kinder sollten dargestellt und mit Daten aus der Literatur verglichen werden.

Zunächst gilt es, die Methodik der Arbeit kritisch zu hinterfragen.

Die Interpretation der Ergebnisse muss aufgrund methodischer Probleme vorsichtig erfolgen. Da es sich um Daten aus Untersuchungsbögen handelt und wir uns erst zeitlich verzögert zum Beginn des Pilotprojekts dazu entschlossen, diese auszuwerten, kam es zu unvermeidbaren Einschränkungen bei der Datenauswertung. Zudem gehen durch die Reduktion der Vorgeschichte auf reine Daten und Fakten Inhalte verloren, die nicht in Items erfasst werden können (z.B. Emotionen, Umgang der Eltern mit dem Kind, Ängste und Sorgen). Aufgrund dessen entschieden wir uns im Laufe der Auswertung dazu, einige ausgewählte Kasuistiken vorzustellen.

Die ersten Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz wurden auf einem Untersuchungsbogen festgehalten, der im Laufe der Zeit, vor allem mit dem Voranschreiten der vorliegenden Arbeit, nach und nach korrigiert und ergänzt wurde. Diese Änderungen ergaben sich durch die sich im Laufe des Projektes ändernden Anforderungen (z.B. sollte die Beteiligung des Jugendamtes erfasst werden) und der bei der Nutzung des Untersuchungsbogens festzustellenden sinnlosen Items, die von keinem der Untersucher ausgefüllt wurden. Der Untersuchungsbogen musste somit den sich ändernden Bedingungen immer wieder angepasst werden. Somit wurde im späteren Verlauf der jeweilige Untersucher dazu angehalten Details zu notieren, die vorher nicht abgefragt wurden. Zum anderen wurden die Untersuchungen von unterschiedlichen Personen durchgeführt, so dass es zu interindividuellen Unterschieden in der Dokumentation kam. So fanden sich erhebliche Schwankungen in der Ausführlichkeit z.B. der Vorgeschichte. Zusätzlich wurden die Untersuchungsbögen nicht vom Untersucher in personam, sondern von einer anderen Person (= Doktorandin, Verfasserin der vorliegenden Arbeit) ausgewertet. Diese führte anhand der erhobenen Anamnese

Interpretationen durch z.B. in die Einteilung in die Gewalkategorien, wodurch sich eine Fehlerquelle in der Interpretation der Daten ergeben kann. Rückwirkend wurden Items dazu gewählt, die in den Untersuchungsbögen nicht als eigenes Feld enthalten waren, sondern deren Beantwortung nur aus dem Freitext des Untersuchers möglich war. Auch hier war man angewiesen auf die Ausführlichkeit der erhobenen Anamnese durch den Untersucher.

Um die körperlichen und anogenitalen Befunde detailliert zu erfassen und auszuwerten, galt es, den Untersuchungsbogen um im Methodik-Teil vorgestellte Kategorien und Items zu erweitern.

Grundsätzlich werden bei einer Untersuchung Aussagen von „Fremdpersonen“ (meist Angehörige; keine Befragung der Kinder, da suggestiv beeinflussbar) auf ihren Wahrheitsgehalt hin nicht überprüft, was auch aufgrund mangelnder Fachkompetenz nicht durchzuführen ist. Es ist nicht die Aufgabe der KSA, eine Aussage zu qualifizieren, wie es bei polizeilichen Ermittlungen der Fall ist. Nur wenn sich eine Inkongruenz zwischen Befunden und Anamnese ergab, war auf diese Unstimmigkeit hinzuweisen, um dieses im Kontext einer möglichen Misshandlung zu hinterfragen

Durch die starke Aufsplitterung der Fälle in Untergruppen entstanden zum Teil sehr kleine Fallzahlen. Auf diesem Hintergrund müssen die Ergebnisse beurteilt werden (z.B. Untergruppe Strangulation bei körperlicher Gewalt).

Rückblickend wäre es interessant gewesen, die familiären Hintergründe der Kinder von Anfang an näher zu beleuchten, um Aussagen über Herkunftsfamilie und sozialen Status treffen zu können und herauszufinden, welche Risikofaktoren es für Kindesmisshandlung gibt (z.B. Alter der Mutter, Anzahl der Geschwisterkinder etc.). Diese Items wurden erst im Weiteren aufgenommen und auch dann nicht durchgehend erfasst.

Für die zukünftige Tätigkeit ist es sinnvoll, die Untersuchungsbögen zu digitalisieren. Damit löst man Probleme wie z.B. unleserliche Schrift.

Aufgrund der zum Teil unvermeidlichen Einschränkungen bei der Auswertung der Daten muss die Interpretation der Ergebnisse mit Vorsicht vorgenommen werden. Trotzdem lässt sich aufgrund der Fallzahlen ein Resümee betreffend die Verletzungen sexuell und/oder körperlich misshandelter Kinder ziehen und die Bedeutung rechtsmedizinischer Ambulanzen im Kontext des Kinderschutzes herausarbeiten. Die Ergebnisse sollen nun mit schon vorhandenen Zahlen und Daten aus der Literatur verglichen werden.

## **5.1 Auftraggeber und Vorfallszeitpunkt**

### **5.1.1 Auftraggeber**

Als Auftraggeber gilt derjenige, der telefonisch den Auftrag für eine Untersuchung des Kindes- oder Jugendlichen erteilt. Zunächst gilt es zu klären, wem das Sorgerecht für das Kind obliegt. Liegt es bei den Eltern, müssen Sie über eine Untersuchung informiert werden und diese gestatten. Liegt es beim Jugendamt, darf dieses über die Durchführung einer Untersuchung entscheiden. Klinikärzte können den Antrag auf eine konsiliarische Untersuchung durch die Rechtsmedizin stellen. Vor „Überweisung“ in die KSA direkt müssen die Eltern informiert werden, wenn sie zu diesem Zeitpunkt die Personensorgeberechtigten des Kindes sind. Grundsätzlich gilt für Ärzte, dass sie nach §34 StGB „Rechtfertigender Notstand“ ihre Schweigepflicht brechen dürfen, wenn Sie das Kindeswohl in Gefahr sehen und damit die Kollegen aus der KSA einbeziehen (20). In Bayern wurde 2008 eine gesetzliche Mitteilungspflicht für Ärzte und Hebammen gegenüber dem Jugendamt eingeführt, wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindesmisshandlung vorliegen (22).

Die meisten Untersuchungen wurden durch die Eltern (40%) oder das Jugendamt (41%) in Auftrag gegeben. Sie meldeten sich telefonisch bei den Mitarbeitern der Kinderschutzambulanz und erhielten nach eingehender Beratung einen Untersuchungstermin. Interessant ist, dass in über der Hälfte der Fälle, in denen Kinder- und Jugendliche aufgrund des Verdachts auf eine körperliche Gewalttat vorgestellt wurden, das Jugendamt (54%) den Auftrag erteilte. In Verdachtsfällen des sexuellen Missbrauchs dominierten die Eltern als Auftraggeber (52%), genauer gesagt vor allem die Mütter (da in knapp 38% der Fälle der leibliche Vater als Täter angegeben wurde). Aus den Erfahrungen in der Kinderschutzambulanz lässt sich sagen, dass hauptsächlich besorgte Elternteile sich bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Kinderschutzambulanz gemeldet haben. Über Flyer und andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit hatten sie von der KSA erfahren. Zu beachten gilt, dass in ca. 40% aller Sorgerechtsverfahren in Deutschland von der Mutter ein Vorwurf des sexuellen Missbrauchs gegen den Vater erhoben wird (66).



In nur knapp 7% waren ärztliche Kollegen die Auftraggeber für eine Untersuchung. Hier liegen zwei Gründe nahe. Zum einen suchten viele Ärzte nur telefonischen Rat und bekamen dann Tipps und Handlungsanweisungen, um eine Untersuchung selbst in der Praxis oder Klinik durchzuführen. In den Gesprächen war immer wieder auch erkennbar, dass eine „Überweisung“ eines Kindes aus der Praxis deshalb nicht möglich war, weil die Ärzte sich mit ihrer Vermutung einer Misshandlung so unsicher waren, dass sie diesen Verdacht gegenüber den Eltern nicht ansprechen wollten. Insofern war der Zugang zur KSA über Telefon und „Remed-online“ der häufigere, was im Folgenden noch erörtert wird. Zum anderen fallen Untersuchungen von Kindern im Auftrag von Klinikärzten unter konsiliarische Untersuchungen, welche in der vorliegenden Arbeit größtenteils nicht mit ausgewertet wurden.

### **5.1.2 Vorfallszeitpunkt**

Durch den Zeitabstand zwischen Tat und körperlicher Untersuchung können zum einen das Abheilen möglicher Verletzungen, zum anderen das Vergessen von Details zum Tathergang dazu führen, dass das Erheben von Befunden und eine Interpretation der Befunde, und damit die Entscheidung, ob eine Misshandlung/Missbrauch vorliegt, schwierig wird. In fast der Hälfte der Fälle (48%) konnte der genaue Zeitpunkt der Tat bei Vorstellung in der Kinderschutzambulanz nicht mehr eruiert werden. Oftmals auch, weil nicht unbedingt eine konkrete Tat zur Vorstellung in der Ambulanz geführt hatte, sondern weil sich Verhaltensauffälligkeiten beim Kind gezeigt hatten, die Eltern oder Jugendamt oder andere veranlassten, an eine Gewalttat gegen das Kind zu denken.

Zudem gilt bei dem Verdacht auf sexuellen Missbrauch, dass positive Ergebnisse auf Spermien in der Scheide der Kinder bis neun Stunden nach der Tat möglich sind. Nach 24 Stunde gilt ein Nachweis als unwahrscheinlich (52). Hautverletzungen heilen innerhalb weniger Tage ab, selbst oberflächliche und unvollständige Hymenaleinrisse hinterlassen bei einem hohen Prozentsatz keine bleibenden Spuren (67), sodass bei zeitlich verzögerter Vorstellung des Kindes in der KSA u.U. keine Verletzungen mehr festgestellt werden oder die Verletzungen einem speziellen Delikt nicht (mehr) zugeordnet werden können. Nur knapp 12% der Kinder und Jugendlichen wurden innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Tat in der Kinderschutzambulanz vorgestellt, der Rest später, was die Schwierigkeit der Befunderhebung widerspiegelt. Ein Erklärungsversuch wäre, dass sich

Kinder und Jugendliche erst spät Bezugspersonen anvertrauen. Kinder haben Angst und sind eingeschüchtert. Im Weiteren wurde herausgearbeitet, dass Kindesmisshandlung oftmals im innerfamiliären Kontext stattfindet (darauf wird im Weiteren noch eingegangen) und es ist durchaus verständlich, dass Kinder und Jugendliche Hemmungen davor haben, die erlebte Gewalttat durch eine Bezugsperson laut auszusprechen.

## **5.2 Tatumstände**

In der KSA wurden insgesamt 225 Untersuchungen in dem untersuchten Zeitraum durchgeführt. In über der Hälfte der Fälle fand die Vorstellung aufgrund des Verdachts auf einen sexuellen Missbrauch statt.

### **5.2.1 Opferprofil**

In über der Hälfte der Fälle fand die Vorstellung aufgrund des Verdachts auf einen sexuellen Missbrauch statt. In knapp 85% der Fälle handelte es sich um weibliche Opfer (insgesamt waren 72% aller untersuchten Kinder und Jugendlicher weiblichen Geschlechts). Aufgrund der geringeren Anzahl männlicher Opfer ließe sich vermuten, dass sich Jungen weniger oft Personen anvertrauen und es somit seltener zu Vorstellungen in der KSA kommt ( insofern die Kinder und Jugendlichen alt genug sind sich überhaupt verbal einer Bezugsperson anzuvertrauen) (68), oder, dass Mädchen gemeinhin leichtere „Opfer“ sind, weil sie körperlich unterlegen sind.

Die Erkenntnis, dass es sich bei Sexualdelikten vor allem um weibliche Opfer handelt, gleicht sich mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche. Die Polizeiliche Kriminalstatistik ermittelte für das Jahr 2016 im Hinblick auf sexuelle Gewalt, dass es sich in 74,3% der Fälle um Mädchen als Opfer handelte (69). Allgemein heißt es, dass Täter, unabhängig welchen Geschlechts, weibliche Opfer bevorzugen (70).

Im Hinblick auf körperliche Gewalt dominierten in der Polizeilichen Kriminalstatistik die Jungen mit 56,5% (69). In der KSA fanden sich im Hinblick auf die körperliche Gewalt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Mädchen und Jungen waren gleich häufig betroffen. Auch in der Schwere der Verletzungen gab es kaum relevante Unterschiede

(darauf wird im Verlauf näher eingegangen). Da es sich um die Auswertung eines kleinen Kollektivs handelt, kann aus dem Ergebnis keine Allgemeingültigkeit abgeleitet werden.

Betrachtet man das Alter der Kinder fällt auf, dass sich die Kinder in über der Hälfte der Fälle (57%) in der Altersgruppe der 1 bis unter 6-Jährigen befanden. Diese Gruppe gilt in der Literatur als besonders gefährdet für das Erfahren von Gewalt. Laut Mützel (2011) ist in der Altersgruppe allein aufgrund des Mangels an Selbstständigkeit und des Bedarfs an Fürsorge ein Abhängigkeitsverhältnis geschaffen, welches sich ausnutzen lässt (44). Einen zweiten Alterspeak gab es mit knapp 20% in der Altersgruppe der 6 bis unter 10-jährigen. Interessant ist, dass von 10% der Kinder und Jugendlichen, welche in der Altersgruppe der 14 bis unter 18-jährigen waren, über 90% weiblichen Geschlechts waren. Die Vorstellung erfolgte vorwiegend aufgrund des Verdachts auf körperliche Gewalt. Dies entspricht somit den schon eingangs erwähnten Erkenntnissen aus der Literaturrecherche, dass vor allem junge Kinder gefährdet sind für das Erfahren von Gewalt (69)(44).

Der weitere soziale Hintergrund der Kinder und Jugendlichen wurde zum damaligen Zeitpunkt während der Untersuchungen in der KSA nicht erfasst. Erst später wurde speziell nach der Lebenssituation der Kinder gefragt. Somit können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob die Kinder und Jugendlichen vor allem aus Trennungsfamilien stammen oder ob dies nicht der Fall war. Dies wäre in Zukunft ein interessanter Aspekt für die weitere Auswertung.

## **5.2.2 Täterprofil und Täter-Opfer-Beziehung**

Nach Auswertung der erhobenen Daten zeigte sich, dass in knapp 70% der Fälle der Tatverdächtige aus dem innerfamiliären Kontext stammte und vorwiegend männlichen Geschlechts war. Auch laut Fegert et al. (2011) handelt es sich bei Fällen von Kindesmisshandlung fast immer um Wiederholungstaten aus dem familiären Kontext (71). In knapp 30% der Fälle fand die vermeintliche Tat in der Wohnung des Kindes statt. Dies klingt wenig, wenn man davon ausgeht, dass oben genannte Täter aus der eigenen Familie stammen. Hier gilt es allerdings zu beachten, dass in fast 40% der Fälle kein Vorfallsort angegeben wurde. In 20% wurde eine fremde Wohnung als Vorfallsort angegeben. Hier wäre es ebenfalls interessant gewesen zu wissen, ob es für das Kind einen zweiten Wohnsitz gibt (aufgrund z.B. der Scheidung der Eltern). Bereits im vorangegangenen wurde erwähnt, dass dies erst später in die Auswertung mit einbezogen

wurde. Betrachtet man die Altersverteilung der Tatverdächtigen wird deutlich, dass es sich zum größten Teil um Erwachsene handelte (genaue Altersangaben fehlten in den Untersuchungsbogen, somit kann nur eine grobe Eingliederung stattfinden). Burger und Reiter (1993) ermittelten ein Durchschnittsalter der Täter zwischen 35 und 40 Jahren (72).

Betrachtet man die Vorfallsorte genauer, zeigt sich, dass nur ca. 5% der Taten in einem öffentlich zugänglichen Ort oder Raum stattfanden und es sich zudem nur in unter 1% der Täter um Fremdtäter handelte. Hier liefert die Literatur abweichende Erkenntnisse. Laut z.B. der Polizeilichen Kriminalstatistik (2017) handelte es sich bei der überwiegenden Anzahl der Fälle von sexueller Gewalt um Fremdtäter (5063 von 9159), bei der körperlichen Gewalt verhielt es sich entgegengesetzt. 3638 von 3908 Tatverdächtigen waren mit dem Kind oder Jugendlichen verwandt (69). Ein Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass im Hinblick auf sexuelle Gewalttaten, bei denen es zu einer Meldung oder einer Anzeige bei der Polizei kommt, vor allem um Täter handelt, die nicht bekannt oder verwandt mit den Opfern sind und das somit im Hinblick auf innerfamiliäre sexuelle Gewalt eine größere Hemmschwelle herrscht, die Täter zu benennen oder gar anzuklagen. Zudem wurde in der KSA oftmals beobachtet, dass Kinder und Jugendliche aufgrund von auffälligem oder sexualisiertem Verhalten vorstellig wurden (nähere Erläuterung folgt). Dies könnte implizieren, dass sexueller Missbrauch durch z.B. ein Elternteil zunächst auch unerkannt oder unbeschrieben bleibt, da Kinder Angst und Hemmungen haben, ein Elternteil als Täter zu benennen oder weil ein Missbrauch lange Zeit nicht auffällt, da die Grenze zwischen intimen Verhältnis zwischen Eltern und Kind und Eindringen in die Intimsphäre des Kindes, welche unangemessen und strafbar ist, fließend sein kann

Betrachtet man nun das Verhältnis zwischen Opfern und Tätern genauer, zeigt sich, dass in knapp der Hälfte der Fälle die leiblichen Eltern als Tatverdächtige benannt wurden (davon in 5% die leibliche Mutter). Fraglich ist hier, ob aufgrund der größeren Nähe zwischen Kindern und deren Müttern eine Mutter weniger oft als Täterin benannt wird. Bei Hirsch (1990) heißt es, dass allgemein eine größere körperliche Nähe seitens der Mutter zum Kind toleriert wird (73). Interessant ist, dass in den Fällen, in denen der leibliche Vater als Tatverdächtiger eines Sexualdeliktes benannt wurde (55 von 85 Fällen, in denen der leibliche Vater insgesamt als Tatverdächtiger benannt wurde) die vermeintliche Tat in 35% der Fälle nicht im Zuhause des Kindes stattgefunden hatte (Vorfallsort oftmals als unbekannt angegeben). Aufgrund der Tatsache, dass der Vorfallsort oftmals nicht

angegeben wurde, kann daraus nicht geschlossen werden, dass Sexualdelikte am eigenen Kind nicht in der eigenen Wohnung stattfinden. Zudem gilt es zu beachten, dass unter „eigene Wohnung“ nur die Wohnung fällt, in der das Kind oder der Jugendliche sich hauptsächlich aufhält (wie bereits weiter oben erwähnt). In insgesamt 20% der Fälle wurde eine andere Wohnung als Tatort benannt. Daraus könnte sich rückwirkend schließen lassen, dass Kind und leiblicher Vater nicht mehr in einem Haushalt wohnen. Hier ist eine Schweizer Studie (1998) zu nennen, die zeigte, dass Schülerinnen und Schüler, die einen Missbrauch angaben, häufig nur bei einem Elternteil oder in einer Stieffamilie lebten (74).

Anders verhält es sich mit den körperlichen Gewaltdelikten. Hier wurde in 26 Fällen der leibliche Vater als TV angegeben und über 50% Taten fanden im Zuhause der Kinder statt. Hier stellt sich die Frage wo sich die Mütter der Kinder zum Zeitpunkt der Tat befanden, oder ob Sie eventuell ebenfalls Opfer körperlicher Gewalt seitens ihres Ehemanns geworden sind. Dies wurde nicht erfasst und somit können keine plausiblen Aussagen getroffen werden.

Des Weiteren entschied man sich in der Auswertung für die weitere Unterteilung der Kategorie „erweiterte Familie“ (Bruder, Onkel, Stiefvater, Großeltern etc.).

In 14% der Fälle, in denen ein TV benannt wurde, handelte es sich um Bruder, Onkel oder Stiefvater. Die Taten spielten sich dann vornehmlich in deren Zuhause ab.

In drei Fällen wurde der Bruder und in zwei Fällen der Halbbruder als Tatverdächtiger eines sexuellen Missbrauchs benannt. In der KSA wurde ein Mädchen untersucht, welches seit Jahren sexuellen Missbrauch in Form von Penetrationen durch den leiblichen Bruder erlitten hat und ebenfalls jeweils eines, in denen es zu Penetrationen durch Vater und Stiefvater gekommen war. In der Literatur gilt der Geschwisterinzest als häufigste und gleichzeitig am schwierigsten aufzudeckende Form des Inzest (75). In einer Studie von Cyr et al. (2002) wurden drei Gruppen von Mädchen untersucht. Die eine Gruppe von Mädchen wurde von einem Bruder missbraucht, die andere vom Vater und die letzte vom Stiefvater. Hier fiel auf, dass eine Penetration signifikant öfter in der Gruppe der Mädchen stattfand, in der der Bruder der Täter war (76).

Die Ursachen von innerfamiliären Risikofaktoren für Kindesmisshandlung werden weitreichend diskutiert. Einig ist man sich darüber, dass Eltern, die selbst in ihrer Kindheit misshandelt wurden, selber eher zu Gewalt gegen die eigenen Kinder neigen (77). Zudem

gelten psychiatrische Probleme der Eltern oder schwierige Lebenssituationen als prädestiniert für die Entstehung von Gewaltpotential (11).

Mit der Erweiterung des Untersuchungsbogens der KSA um einen Wahrnehmungsbogen (siehe Anhang Punkt 9.1.) wurde versucht, einige Risikofaktoren herauszukristallisieren, ob das Kindeswohl gefährdet sein könnte. Den Mitarbeiter der KSA obliegt dahingehend auch eine beobachtende Rolle. Erfasst wird deskriptiv die Interaktion zwischen Kind und Begleitperson, aber daraus folgert keine Diagnose.

### **5. 3 Sexuelle Gewalt**

Im vorangegangenen wurden bereits Zahlen und Fakten zu Häufigkeit, Alters- und Geschlechterverteilung bei dem Verdacht auf sexuelle Gewalt diskutiert. Im Folgenden sollen Details zu den genauen Vorstellungsgründen sowie die Schwierigkeiten bei Untersuchung und Befunderhebung erläutert werden.

#### **5.3.1 Untersuchung**

Sexuelle Gewalt im strafrechtlichen Sinne ist eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung (32). In der Literatur wird untergliedert in so genannte „Hands-on“ und „Hands-off Taten“. Unter Hands-on Taten fallen das Einführen des Penis in die Vagina oder das Einführen von Fingern oder Gegenständen. Zu den Hands-off Taten zählt z.B. das Anfertigen von pornographischem Material (34).

Aus dieser Untergliederung lässt sich die Schwierigkeit ableiten, vor der mit dem Kinderschutz betraute Institutionen stehen. Häufig liefert nur die Aussage eines Kindes einen Anhaltspunkt oder Hinweis für eine Tat. Es gilt immer Befunde, kindliche Aussagen und Fremdanamnese in Zusammenhang zu stellen. Steht der Verdacht auf eine sexuelle Gewalttat im Raum, sollte eine somatische Untersuchung immer angestrebt werden, auch wenn bekannt ist, dass diese oftmals ohne Befund bleibt (die erhobenen Befunde in der KSA werden im Folgenden näher erläutert). In der Literatur wird beschrieben, dass selbst schwere Verletzungen des Hymens innerhalb von wenigen Tagen abheilen (78).

Ein eindeutiger Beweis darf trotzdem auf keinen Fall übersehen werden. Zudem beschreiben Herrmann et al. (2016), sowie Mützel et al. (2013) aus Ihrer Erfahrung, dass eine körperliche Untersuchung eines Kindes oder Jugendlichen, die keine pathologischen Befunde erbringt, für das Gefühl des Unversehrt seins und damit therapeutisch eine wichtige Bedeutung haben kann (49)(31).

Die Beurteilung von Befunden stellt eine große Herausforderung an den Untersucher dar. Kinderärzte und Kindergynäkologen bedürfen oftmals Hilfe von speziell geschultem Personal. Dies ist auch die Resonanz aus der Arbeit der Kinderschutzambulanz in Hannover (79). Um Befunde richtig einzuordnen gilt es, sich mit Normvarianten, der Anatomie der Anogenitalregion bei Kindern und Differenzialdiagnosen auszukennen. Das Hymen kann unterschiedliche Konfigurationen aufweisen (z.B. anulär) (54). Diese zu erkennen und Normvarianten von Verletzungen zu unterscheiden, erfordert ein hohes Maß an Erfahrung in diesem Bereich. In der KSA wiesen über 40% der Mädchen ein anuläres Hymen auf (welches allgemein am häufigsten vorkommt).

Natürlich spielt auch die Mitarbeit des Kindes bei der Untersuchung eine Rolle. Die Erfahrung aus der KSA zeigt, dass die Kinder die Untersuchung in der Regel gut tolerierten. Natürlich ist eine Untersuchung im Anogenitalbereich bei einem sich bewegendem und unentspannten Kind schwierig und kann die Interpretation von Verletzungen, vor allem im Hymenalbereich, erschweren. Debertin et al. (2011) erläutern, dass durch Anspannen oder Entspannen der Beckenbodenmuskulatur die Hymenalöffnung entweder kleiner oder größer erscheinen kann als es in Wirklichkeit der Realität entspricht (52).

Differentialdiagnostisch ist als eine der bedeutendsten Erkrankungen der Lichen sclerosus et atrophicus zu nennen. Es handelt sich um eine chronisch entzündliche Hauterkrankung, die sich als Rötung aufgrund einer Entzündung, Juckreiz und im späteren Stadium Depigmentierung und Atrophie des Gewebes im Anogenitalbereich zeigt. Ebenso verhält es sich differentialdiagnostisch mit der deutlich häufiger auftretenden Windeldermatitis oder der Vulvovaginitis (80).

### **5.3.2 Vorstellungsgrund und Befunde**

In der KSA wiesen ca. ein Drittel der untersuchten Kinder Auffälligkeiten im Anogenitalbereich auf. Hierbei handelte es sich in den meisten Fällen um Rötungen und Verklebungen der Labien, für welche es andere Erklärungen als einen stattgehabten sexuellen Missbrauch gab (z.B. Synechien oder Windeldermatitis durch Hygienemangel).

In der KSA wurde in knapp 20% der Fälle eine stattgefundene Penetration als Vorstellungsgrund angegeben. In knapp 60% wurde eine vaginale Penetration angegeben (meist mit Penis oder Finger, viermal jedoch auch mit einem Gegenstand). In knapp 35% wurde eine anale Penetration angegeben (bei den Opfern handelte es sich zu 50% um

Mädchen und in 50% um Jungen). Penetriert wurde einmal mit dem Penis (ein 11-jähriges Mädchen), dreimal mit Gegenständen und sieben Mal mit dem Finger. Bei den Gegenständen handelte es sich um Schraubenzieher, Knetmasse und einen Bleistift. Exemplarisch nun einige Beispiele für spontane Aussagen von Kindern zu Penetrationen (Befragungen von Kindern werden aufgrund der suggestiven Beeinflussbarkeit in der KSA nicht durchgeführt, spontane Aussagen werden notiert). „Papa Pipi Popo“, „Langer Zauberstab in Popo“, „Lullu lutschen“. In der Literatur wird an dieser Stelle diskutiert, ab wann Kinder in der Lage sind zu unterscheiden zwischen eingeführt und zum Beispiel „dran gehalten“. Jones (1996) beschreibt in seinem Buch, dass kleine Kinder mit dem Begriff „Penetration“ nichts anfangen können. Sie sind noch nicht in der Lage zu unterscheiden, ob ein Penis oder ein Gegenstand eingeführt wurde, oder ob „nur“ äußerliche Berührungen stattgefunden haben (46).

Die ausführlichste Einteilung von Befunden sexuell misshandelter Kinder und Jugendlicher erfolgte durch Adams. Vor allem wurden die Genitalbefunde der Mädchen klassifiziert. Grundsätzlich erfolgte die Aufgliederung in drei Gruppen. Adams I beinhaltet Normalbefunde bzw. medizinisch anderweitig erklärbare Befunde. Adams II beinhaltet Befunde mit unklarer Signifikanz, welche den Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch zulassen und in die Gruppe Adams III fallen Befunde, die einen sexuellen Missbrauch beweisen (36). Die Erkrankung an einer sexuell übertragbaren Infektionserkrankung (Syphilis, Gonorrhoe), eine Schwangerschaft bei Mädchen unter 14 Jahre, bei denen vor allem die Vaterschaft nicht geklärt ist, der positive Nachweis von Spermien in der Vagina, ein Einriss des Hymens zwischen 4 und 8 Uhr bis auf den Grund, gelten als beweisend für einen sexuellen Missbrauch (36). Im Jahr 2016 wurde die Klassifikation nach Adams nochmals aktualisiert (36). Im Hinblick auf sexuell übertragbare Krankheiten fiel bei der Literaturrecherche eine Studie von Wilson et al. (2009) auf. Sie untersuchten die Lebenszeitwahrscheinlichkeit des Auftretens einer sexuell übertragbaren Krankheit nach nachgewiesenem Missbrauch oder Vernachlässigung. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das Lebenszeitrisko deutlich höher ist, als dass der Normalbevölkerung. Zum einen durch den Missbrauch an sich, zum anderen durch erhöhtes Risikosexualverhalten nach dem Missbrauch (durch z.B. vermehrt ungeschützten Geschlechtsverkehr) (81). Kohl et al. (1996) arbeiteten aus mehreren großen Studien die Häufigkeitsverteilung des Auftretens sexuell übertragbarer Erkrankungen bei sexuell misshandelten und nicht misshandelten



Kindern heraus. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz für Syphilis bei misshandelten Kindern zwischen 0 und 9 Prozent, für die Gonorrhö zwischen 0 und 20 Prozent, für eine Chlamydieninfektion zwischen 0,2 und 17 Prozent und für eine Trichomoniasis zwischen 0,5 und 22 Prozent liegt. Die Spannweite erklärte sich aus unterschiedlichen diagnostischen Methoden. Sie zeigten außerdem, dass sexuell übertragbare Krankheiten auch bei nicht misshandelten Kindern vorkamen (Chlamydien, Ureaplasmen, Mykoplasmen und bakterielle Vaginosen). Zusammenfassend erläuterten Sie, dass in der Diagnostik sexuell übertragbarer Krankheiten stets das Alter der Kinder berücksichtigt werden muss. Bei Kindern zwischen 2 und 10 Jahren müsse vor einer intrauterinen oder perinatalen Übertragung eine Übertragung durch sexuellen Missbrauch angenommen werden (82). Zusammenfassend zeigt sich hier die Bedeutung von interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Kinder und Jugendlichen mit erhärtetem Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch sollten zeitnah kindergynäkologisch untersucht werden.

In der KSA zeigte keines der untersuchten Kinder oder Jugendlichen Anzeichen einer sexuell übertragbaren Erkrankung.

Von den insgesamt 111 Mädchen, die aufgrund des Verdachts auf eine sexuelle Gewalttat vorstellig wurden, wiesen 5 Mädchen Kerben im Bereich des Hymens auf. In drei Fällen resultierte nachfolgend ein Gutachten. In zweien wurde beschrieben, dass es sich bei den Kerben um Normvarianten handeln könnte und die Hymen der Mädchen zum Zeitpunkt der Tat bereits hormonell vollständig umgewandelt waren. Das dritte Gutachten erläuterte den Fall eines 12-jährigen Mädchens mit einer zwischen 7 und 8 Uhr bestehenden Kerbenbildung, welche ca. 75% des Hymenalsaums umfasste. Hier konnte ein mechanisches Trauma nicht ausgeschlossen werden.

Hervorzuheben gilt noch ein dreijähriger Junge, der nach angegebener analer Penetration in Steinschnittlage eine kleine Fissur bei 6 Uhr am After aufwies. Auch hier konnte der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch weder bestätigt noch gänzlich verworfen werden. Bei der Untersuchung der restlichen Kinder mit angegebener analer Penetration zeigten sich unspezifische Befunde im Bereich des Afters in Form von Hautverfärbungen und fragliche Narbenbildungen. Vergleicht man dies mit der Adams Klassifikation, wurden in der KSA viele Befunde erhoben, die in die Gruppe Adams I zuzuordnen sind (Normalbefunde oder medizinisch anderweitig erklärbare Befunde).

Insgesamt gilt die Interpretation analer Befunde als noch umstrittener als die Interpretation genitaler Befunde bei Mädchen. Der externe und innere Schließmuskel sind in der Lage, große Mengen an Fäzes durchzulassen. Somit geht auch das Einführen eines Penis nicht zwingend mit dem Setzen von Verletzungen einher (83). Nach der Adams Klassifikation gelten Pigmentierungen und perineale Hautanhängsel als Normalbefund (36). Differentialdiagnostisch muss immer an ein Unfallgeschehen oder eine Infektion gedacht werden (84). Suspekte Befunde, welche hinweisend auf eine akute Penetrationsverletzung sein könnten, sollten gegebenenfalls auch mittels einer Untersuchung in Narkose (Rektos- oder Anuskopie) durchgeführt werden (84). Bei keinem in der KSA untersuchten Kind wurde die Indikation zu einer nachfolgenden Untersuchung in Narkose gestellt.

#### *Auffälliges oder sexualisiertes Verhalten*

In der KSA wurden nicht nur Kinder- und Jugendliche mit Auffälligkeiten im Anogenitalbereich vorgestellt. Auch auffälliges oder sexualisiertes Verhalten sowie die Angaben der Kinder oder Jugendlichen im Genitalbereich angefasst oder gestreichelt worden zu sein, führte zur Vorstellung in der KSA. Unter sexualisiertes Verhalten fallen die Verwendung von sexualisierten Begriffen und z.B. das Zeichnen von Bildern mit Genitalien. Ein Kind zum Beispiel zeigte extrem distanzloses, sexualisiertes Verhalten gegenüber anderen Kindern in der Kindergarten-Gruppe und spielte öffentlich an seinen Genitalen herum. Ein anderes benutzte Begriffe fürs Genitale, die nur im Erwachsenensprachraum benutzt werden und einem dreijährigen Kind normalerweise nicht geläufig sein sollten (Möse, Pussi etc.). Unter auffälligem Verhalten werden z.B. auch plötzlich auftretendes aggressives Verhalten sowie Schlafstörungen etc. subsumiert.

Ein auffälliges Verhalten (vor allem in Form von Aggressivität) führte in knapp 38% der Fälle zur Vorstellung in der KSA. In der Literatur gelten emotionale Störungen in Form von Ängsten oder Aggressivität als mögliche Kurzzeitfolge von sexuellem Missbrauch (85). Deswegen meldeten sich besorgte Angehörige in der KSA und baten um einen Untersuchungstermin. Sexualisiertes Verhalten (vor allem in Form von distanzlosem Verhalten gegenüber anderen Kindern oder dem Benutzten sexualisierter Begriffe) war in 26% der Fälle der Vorstellungsgrund in der KSA. Knapp 25% der Kinder gaben an im Intimbereich berührt oder gestreichelt worden zu sein (vor allem vom leiblichen Vater).

Betreffend dem sexualisierten Verhalten gilt, dass grundsätzlich in der Beurteilung von Kindsentwicklung und Verhalten zwischen sexuell und sexualisiert unterschieden wird.

Philipps (2001) beschreibt sexuelles Verhalten als das normal-menschliche, sexualisierte Verhalten als das von außen oktroyierte Verhalten (86). Kastbom (2015) beschreibt kindliches Sexualverhalten als auffällig, wenn sexuelle Interessen über lange Zeit alle anderen Interessen dominieren, wenn es an Intensität, Häufigkeit und Aggressivität zunimmt, wenn es sich auf Kinder bezieht, die sich nicht im gleichen Alter oder Entwicklungsstand befinden, wenn es Scham und/oder Angst belastet ist, wenn sich das Kind selber Dinge rektal oder vaginal einführt, wenn es andere Kinder zu Doktorspielen zwingt, wenn ein für das Alter zu großes Detailwissen besteht oder wenn deutlich sexualisierte Bilder in Form von Gruppensex etc. gezeichnet werden (87). Wie oben genannt erfolgte die Vorstellung in der KSA vor allem aufgrund zu großem Detailwissen in Sexualfragen und sexualisiertem Verhalten gegenüber anderer Kinder.

Dies alles gilt es also zu trennen von einer normalen Sexualentwicklung von Kindern, welche ebenfalls mit z.B. Spielen am eigenen Genitale einhergeht (86). Kendall-Tacket et al. (1993) kamen in ihrer Übersichtsstudie zu dem Ergebnis, dass nur zwei Krankheitsbilder bei sexuell misshandelten Kindern signifikant häufiger vorkamen als bei nicht misshandelten. Es handelte sich zum einen um posttraumatische Belastungsstörungen und zum anderen um sexuell auffälliges Verhalten. Allerdings ist die Häufigkeit des Auftretens sexuell auffälligen Verhaltens großen Variationen unterworfen und in den oftmals nur vage definiert (88). Somit lässt sich resümieren, dass sexualisiertes Verhalten ein Hinweis auf einen stattgefundenen Missbrauch liefern kann und somit näher hingeschaut werden sollte.

Zusammenfassend zeigt die rechtsmedizinische Erfahrung, dass das Einführen von Penis, Finger oder Gegenständen nicht zwingend zu einer Verletzung führen muss (52). Zudem heilen Verletzungen des Hymens ziemlich rasch ab (67), was eine Diagnostik umso schwerer macht. Dies erschließt sich auch aus der Tatsache, dass die Vorstellung der Kinder und Jugendlichen in den meisten Fällen nicht am Tag der Tat geschieht (Vergleich Kapitel 4.4.1 Vorfallszeitpunkt). Auch Heger et al. (2002) zeigen in ihrer Studie, dass ca. 96% der Kinder und Jugendlichen, trotz anamnestisch angegebenem Missbrauch, Normalbefunde aufweisen (89). Das Dilemma besteht also darin, dass eventuell erhobene Befunde aufgrund der zeitlichen Latenz selten als Beweis für eine stattgefunden sexuelle Misshandlung gewertet werden können. Hier gilt es, dass die Öffentlichkeit weiter im

Hinblick auf die Thematik der Kindesmisshandlung hin sensibilisiert wird und deutlich gemacht wird, dass eine zeitnahe Vorstellung unabdingbar ist. In einigen Fällen konnte der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung entkräftet werden, indem sich z.B. Rötungen im Anogenitalbereich als Synechien oder Windeldermatitiden herausstellten. In wiederum anderen Fällen konnten Verdachtsfälle entkräftet und besorgte Angehörige beruhigt werden, welches nicht weniger als Ziel der Arbeit der KSA anzusehen ist.

## **5.4 Körperliche Gewalt**

In knapp einem Drittel der Vorstellungen stand der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung im Raum. Alters- und Geschlechterverteilung der betroffenen Kinder wurde im vorangegangenen bereits beschrieben und diskutiert.

### **5.4.1 Untersuchung**

Grundsätzlich ist unter körperlicher Misshandlung die nicht zufällige, absichtliche körperliche Gewaltanwendung durch Eltern (oder anderer Erziehungsberechtigter) gegenüber ihren Kindern zu verstehen. Sie umfasst ein breites Spektrum von Handlungen, angefangen bei Schlägen bis hin zu absichtlichen Verbrennungen (24). Stumpfe Gewalt in Form von Schlägen gilt als eine der häufigsten Formen körperlicher Gewaltanwendung, oftmals sind außerdem thermische Verletzungen im Kleinkind oder Säuglingsalter Hinweis für eine stattgefundene körperliche Misshandlung. Scharfe Gewalt, sowie Strangulation kommen seltener vor (26).

Bei jedem Verdacht wird neben einer fundierten Anamneseerhebung eine Ganzkörperuntersuchung am entkleideten Kind durchgeführt. Die Erfahrungen aus der KSA zeigen, dass die Kinder und Jugendlichen die Untersuchung in den meisten Fällen gut tolerierten (nur ein Kind verweigerte die Untersuchung).

### **5.4.2 Vorstellungsgrund und Befunde**

Für die Beurteilung, ob es sich bei Hautveränderungen um Folgen von Misshandlung oder Folgen von akzidentellen Verletzungen handelt, spielen Lokalisation, Art, Ausprägung und eventuell die Farbe (bei Hämatomen) eine Rolle. Angelehnt an unter anderem Herrmann et al. (2008) wurde vor der Auswertung der Untersuchungsbefunde in der KSA versucht, Lokalisationen und Ausprägungen der Verletzungen mit Hilfe von Kategorien zu erfassen (26).

### *Stumpfe Gewalt durch Schläge*

In der Auswertung wurde deutlich, dass vor allem stumpfe Gewalt in Form von Schlägen zur Vorstellung in der KSA führte (fast 50%). Isaranurug et al. (2002) untersuchten in ihrer Studie Charakteristiken und Frequenzen physischer und emotionaler Misshandlung von 212 Kindern durch ihre biologischen Eltern. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass körperliche Gewalt vor allem in Form von Schlägen angewendet wurde (90). Knapp 50% der in der KSA vorgestellten Kinder und Jugendliche gaben in der Anamnese Schläge an. Am häufigsten wurde mit der flachen Hand geschlagen (in knapp 50%). Vor allem Extremitäten und der Rumpf waren betroffen. In drei Fällen wurde das Genitale als betroffen angegeben. Zweimal wurde mit einem Stock auf die Vagina geschlagen, einmal mit einem Schuh auf die Analfalte. Besonders im Hinblick auf instrumentelle Gewalt beschreibt die Literatur eine große Gewaltbereitschaft der Täter, unabhängig von der Schwere der zugefügten Verletzungen. Menzel et al. (2013) beschreiben, dass allein die Motivation des Täters mit einem Gegenstand ein Kind oder einen Jugendlichen zu schlagen, auf eine hohe Gewaltbereitschaft hin deutet und somit auch das Risiko birgt, erneut Gewalt auszuüben (91).

Geformte Verletzungen können rückwirkend einen Hinweis auf Tatgeschehen bzw. Tatwerkzeug liefern. Durch das Schlagen mit der flachen Hand oder einem stab- oder stockartigen Gegenstand entstehen geformte Verletzungen. Als charakteristische Muster entstehen parallele, doppelstreifige Rötungen (beim Schlagen mit geformten Gegenständen) oder Hämatome mit zum Teil zentraler Abblassung (durch Gewebekomprimierung) zum Teil von Punktblutungen begleitet, sowie einem charakteristischen Abstand zueinander (vor allem bei Schlägen mit der flachen Hand) (31). Einen wichtigen Anhaltspunkt liefern auch die Lokalisationen der Verletzungen. Lokalisationen, die von den Kindern oder Jugendlichen selber schwer zu erreichen sind, sollten hellhörig werden lassen. Die Haut als größtes Organ ist in den meisten Fällen betroffen. Nach dem Schema von Herrmann et al. (2016) (modifizierte Version siehe Punkt 1.3.1 Abbildung 1 und 2) lassen sich misshandlungstypische von eher sturz- und stoßtypischen Lokalisationen unterscheiden. Als misshandlungstypisch gelten Verletzungen abseits knöcherner Prominenzen, multiple Hämatome bei noch immobilen Kindern, Verletzungen an „geschützten Regionen“ wie Oberarminnenseiten, Rücken, Hals (Würge- oder Drosselmarken) und Gesäß (wenn nicht plausibel durch einen Unfall zu

erklären). Als sturztypische Lokalisationen gelten z.B. die Unterschenkel (siehe ebenfalls Punkt 1.3.1 Abbildung 1 und 2). Die Untersuchungen in der KSA zeigten, dass sich extragenitale Befunde vor allem an den unteren Extremitäten fanden.

Aus oben genannten Schemata lassen sich gewichte Anhaltspunkte für eine körperliche Misshandlung ableiten (bereits Eingangs in der Diskussion erläutert).

Im Fall eines dreijährigen Mädchens, welches eine geformte Hautverfärbung im Bereich der Wange zeigte, sowie Griffspuren am Kinn, erhärtete sich der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch die Kindsmutter. Es erfolgte eine Überweisung in die Kinderklinik. Ein dreijähriges Mädchen wurde anamnestisch mit einem Stock auf die Vagina geschlagen. Im Bereich des Venushügels zeigte sich rechtsseitig eine Hautverfärbung mit zentraler Abblassung. Bei einem vierjährigen Mädchen mit ebenfalls Stockschlägen auf die Vagina in der Anamnese zeigte sich eine mit blutigem Sekret belegte Verletzung im Bereich der hinteren Kommissur. Bei beiden Mädchen blieb der Verdacht auf eine Gewalttat durch Stockschläge bestehen, bzw. erhärtete sich.

Kein in der KSA untersuchtes Kinder oder Jugendlicher wies Verletzungen durch scharfe Gewalt auf (Schnittverletzungen). Mützel et al. (2013) ziehen eben diese Erkenntnis aus ihrer rechtsmedizinischen Erfahrung. Scharfe Gewalt gegen Kinder wird im Verhältnis selten angewendet (31).

### *Thermische Gewalt*

In knapp 10% der Fälle wurde eine thermische Verletzung als Anlass für die Vorstellung in der KSA angegeben. In der Literatur heißt es, dass 6-22% der Kinder, die nach einer körperlichen Misshandlung stationär aufgenommen werden, thermische Verletzungen aufweisen (92). Akzidentelle Brandverletzungen z.B. in Form von Übergießverletzungen, sind in der Regel asymmetrisch und unregelmäßig verteilt, misshandlungsverdächtige Verletzungen eher in Handschuh- oder Strumpfmusterform vor allem an den unteren Extremitäten lokalisiert (27). In der KSA wurden am häufigsten Brandverletzungen durch Zigaretten angegeben. Alle Kinder wiesen scharf begrenzte Hautdefekte auf, zum Teil schon in narbiger Abheilung. Hier konnte eine Verbrennung durch Zigaretten nicht ausgeschlossen werden, eine sichere Bestätigung lieferten die Befunde allerdings aufgrund des großen zeitlichen Abstands zwischen Untersuchung und Vorstellung in der KSA nicht. Zwei Kinder wurden konsiliarisch in der Kinderklinik untersucht, in einem Fall

handelte es sich laut anamnestischen Angaben um einen Übergießmechanismus. Aufgrund der asymmetrischen Ausbildung konnte diese Art von Mechanismus nicht ausgeschlossen werden. Im zweiten Fall soll das Kind, laut Angaben der Eltern, in heißes Wasser gefasst haben. Die Ausbildung der Verletzungen war symmetrisch und es zeigte sich eine handschuhmusterartige Ausbildung der Verletzungen. Da keine näheren Angaben zu den Begleitumständen (worin befand sich das Wasser? Konnte das Kind das Wasser erreichen?), existieren, konnte nur geäußert werden, dass Verletzungen in dieser Form zunächst misshandlungsverdächtig sind.

Insbesondere bei thermischer Einwirkung ist häufig, zur Klärung des Falles, eine sehr ausführliche, detailreiche Erhebung der Anamnese Grundlage für eine Beurteilung und Bewertung des Tatgeschehens.

### *Sturz*

Als eine der wichtigsten Differentialdiagnosen zu körperlicher Misshandlung sind Verletzungen durch Unfälle und Sturzgeschehen zu diskutieren. Das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, der europäische Injury Data Base sowie die Gesetzliche Unfallversicherung (2010) haben Stürze im Kindesalter untersucht (93). Laut der Untersuchung seien mehr als die Hälfte der Unfälle bei Kindern unter 5 Jahren durch Stürze verursacht. Am meisten betroffen seien Kleinkinder und Säuglinge, welche im häuslichen Umfeld aus großer Höhe fallen (z.B. Treppe, Hochstuhl, Hochbett, Wickeltisch etc.). Am häufigsten handle es sich um Kopfverletzungen (u.a. Commotio cerebri, intrakranielle Blutung, Schädelbruch) (93). Es heißt, dass bis zum Alter von 5 Jahren ca. 35% der Kinder einen Unfall erlitten haben (94).

In drei Fällen wurden in der KSA Stürze als Erklärung für Verletzungen herangezogen. Dies stellt den Untersucher vor eine große Herausforderung bzw. erfordert zum Teil eine Nachstellung der Geschehnisse. Es gilt zunächst die Plausibilität der Anamnese zu prüfen und explizit nach z.B. Fallhöhe und Begleitumständen (Untergrund, Bekleidung etc.) zu fragen. Mehrzeitigkeit und das Vorhandensein von Verletzungen an unterschiedlichen Lokalisationen gelten als misshandlungsverdächtig (26). In zwei Fällen der drei mit einer positiven Sturzanamnese untersuchten Kinder, fanden sich wegweisende Befunde, welche eine Misshandlung als wahrscheinlich einstufen ließen (Mehrzeitigkeit, Diskrepanz Anamnese und Befunde). Ein sechsjähriges Mädchen wies unterschiedlich alte



Verletzungen im Gesicht, am linken Oberarm sowie am Rumpf aus, die ohne plausible andere Erklärung auf vielfache, zum Teil erhebliche stumpfe Gewalteinwirkung, am ehesten durch dritte Hand, zurückzuführen waren. Ein ebenfalls sechsjähriger Junge Hautverfärbungen mit zentraler Abblassung, annähernd parallel zueinander, im Bereich der linken Wange. Diese Verletzungen waren nicht mit dem angegebenen Mechanismus eines Sturzes von der Schaukel zu vereinbaren.

### *Versuch des Ertränkens*

Neben stumpfer Gewalt und Stürzen wurde als Vorstellungsgrund in der KSA der Versuch des Ertränkens angegeben. Grundsätzlich finden sich in der Literatur betreffend Ertrinkungsgeschehen von Kindern vor allem Zahlen und Daten zu tödlichen Ertrinkungsunfällen und nicht zu der Häufigkeit der Fälle in denen z.B. das Unterwasserdrücken des Kindskopfes als eine Methode angewandt wurde, das Kind zu quälen, nicht um es zu töten. Ertränken ist ein Tötungsdelikt und keine Form der Kindesmisshandlung.

Bei den tödlichen Ertrinkungsunfällen handelte es sich laut der Ergebnisse der vom Institut für Rechtsmedizin der LMU München (2009) erhobenen Daten (Obduktionen von 121 Kinder in 19 Jahren) um Stürze in das Wasser oder Badeunfälle. Vier Kinder ertranken unbeaufsichtigt in der Badewanne, waren aber nicht ertränkt worden (95).

Ein achtjähriger Junge hatte angegeben, dass der Vater wiederholt seinen Kopf in das Badewannenwasser gedrückt hatte. Der Vorfall lag zum Zeitpunkt der Untersuchung fünf Tage zurück. Es fand sich eine unspezifische Hautverfärbung an der rechten Schläfen- und Stirnregion. Aufgrund des Verletzungsmusters konnte keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Geschichte des Jungen gestimmt hat. Aufgrund der Vorgeschichte wären aber auch nicht zwingend Verletzungen zu erwarten, sodass keinesfalls ein Widerspruch zwischen geringem Verletzungsbild und Tat vorlagen. Somit blieb der Verdacht auf eine körperliche Gewalttat weiterhin bestehen.

### *Sonstiges*

Unter die Kategorie „Sonstiges“ fallen unter anderem die in Obhutnahme durch das Jugendamt. Insgesamt wurden acht Kinder vorgestellt, nachdem sie vom Jugendamt in

Obhut genommen wurden (meist aufgrund häuslicher Gewalt gegen die Mutter). Bei den Untersuchungen handelte es sich um Vorsichtsmaßnahmen. Hier stellt sich die Frage, warum Kinder nicht grundsätzlich untersucht werden, falls häusliche Gewalt gegen die Mutter bekannt ist. In der Literatur ist man sich einig, dass häusliche Gewalt gegen die Mutter immer auch die Kinder betrifft (77).

Laut Moreley und Mullender (1994) sind in der großen Mehrheit der Fälle, in denen Gewalt gegen die Mutter ausgeübt wird, die Kinder während der Gewalttat anwesend oder im Nebenraum, wo sie die Taten miterleben bzw. mit hören können (96). Kavemann (2000) erläutert weiter, dass die Misshandlung der Mutter den häufigsten Kontext für Kindesmisshandlung darstellt. Viele Frauen sind aufgrund der wiederholten Misshandlung durch den Partner der Möglichkeit beraubt, etwas zum Schutz ihrer Kinder zu unternehmen (97). Echlin und Marshall (1994) gehen noch weiter, in dem sie sagen, dass das Mitwissen bzw. Miterleben häuslicher Gewalt gegen die Mutter ebenfalls eine Form der Kindesmisshandlung darstellt (98). Alle Autoren sind sich einig, dass ein Schutz der Frauen auch zu den besten Strategien zählt, die Kinder mit zu schützen. Um auf die eingangs gestellte Frage zurück zu kehren. Es gilt zu überdenken, Kinder, deren Mütter Opfer häuslicher Gewalt wurden, grundsätzlich zu untersuchen, alleinig aus dem Grund ihnen das Gefühl zu vermitteln, gesehen zu werden.

### *Ergebnis*

In der Zusammenschau der körperlichen Befunde der untersuchten Kinder wird deutlich, dass fast alle Kinder und Jugendlichen Hautverfärbungen in Form von Hämatomen an sturz- und stoßexponierten Stellen aufwiesen. Deutlich wurde allerdings auch, dass es sehr wohl zu Verletzungen kam, die mit dem geschilderten Hergang nicht übereinstimmten und deren Lokalisation und Ausprägung misshandlungsverdächtig waren. Problematisch gestaltete sich vor allem die Latenzzeit zwischen letztem Vorfall und Vorstellung bzw. Untersuchung in der KSA.

## **5.5 Sexuelle und Körperliche Gewalt**

In der Literatur heißt es, dass körperliche und sexuelle Gewalt oftmals in Kombination vorkommen. Der Child Protective Service in den USA untersuchte 2012 2,1 Millionen Berichte über Kindesmisshandlung. In den bestätigten Fällen von Kindesmisshandlung waren 78,3% Fälle auf Vernachlässigung (auch medizinische Vernachlässigung), 8,3% auf körperliche Misshandlungen, 9,3% auf sexuellen Missbrauch und 8,5% auf seelische Misshandlung zurückzuführen. Viele Kinder waren Opfer verschiedenster Arten von Misshandlung (99). Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass für das Durchführen von sexueller Gewalt in Form z.B. einer Penetration, oftmals körperliche Gewaltanwendung ebenfalls notwendig ist, um ein Abwehren oder ein „sich wehren“ zu parieren.

In der KSA wurden 10% der Kinder mit dem Verdacht oder zum Ausschluss beider Gewalttaten vorgestellt. Problematisch in der Erfassung erscheint, dass vom Untersucher zwar der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch und eine körperliche Misshandlung angegeben wurde, zum Teil aber nur einer der beiden Verdachtsfälle näher erläutert wurde.

Im Hinblick auf körperliche Gewalt waren auch hier zum größten Teil Schläge die Ursache für eine Vorstellung in der KSA. Im Hinblick auf eine sexuelle Gewalttat wurden entweder Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes oder Berührungen (u.a. Streicheln im Intimbereich) angegeben. Ein Mädchen stellte sich nach der mutmaßlichen Verabreichung von KO-Mitteln und folgendem sexuellen Missbrauch in der KSA vor.

Unter KO-Mitteln oder KO-Tropfen werden zentral wirksame Medikamente/Drogen subsummiert. Sie führen zu Schläfrigkeit und Benommenheit sowie zu einer gewollten Amnesie. Die Beimischung erfolgt vor allem in Getränke. Bei Sexualdelikten nach KO-Mittel-Verabreichung sind eine Blut- sowie Urinentnahme wichtig (evtl. Haaranalyse). Allerdings zeigt die Literatur, dass oftmals, aufgrund der zeitlichen Latenz, keine Spuren mehr nachzuweisen sind (100). Für einen Nachweis von z.B. GHB müssen Blut-/Plasmaproben 6-8h nach der Aufnahme, Urinproben 8-12h nach der Aufnahme, gewonnen werden (100). Ebenso war es bei oben beschriebenem Mädchen. Aufgrund der zeitlichen Latenz von acht Tagen waren keine Spuren mehr nachzuweisen.

**Error! Use the Home tab to apply Überschrift 1 to the text that you want to appear here.**

---

## **5.6 Procedere**

In vielen Fällen konnte der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung oder einen sexuellen Missbrauch weder bestätigt noch widerlegt werden, ähnliche Erkenntnisse zogen die Mitarbeiter des Instituts für Rechtsmedizin in Hannover bei ihren Fällen (79). In knapp 7% der Fälle allerdings gab die KSA den Rat, das Jugendamt einzuschalten, in drei Fällen schalteten Mitarbeiter, nach Rücksprache mit einem Elternteil, selber das Jugendamt ein und übermittelten, nach Befreiung von der Schweigepflicht, die erhobenen Befunde. In 4% der Fälle wurde das Aufsuchen eines Kindergynäkologen und in 3% der Fälle der Besuch bei einem Kinderpsychologen angeraten.

Einer der Aufgaben der KSA, neben der körperlichen Untersuchung, besteht darin, für alle Betroffenen entweder auf Wunsch oder aus dem Ergebnis der Untersuchung heraus, interdisziplinär zu arbeiten. Dies beinhaltet neben weiteren medizinischen Untersuchungen in anderen Fachdisziplinen wie z.B. die Kindergynäkologie, die Betreuung von Opfern und deren Familien durch sozial-therapeutische Einrichtungen bis hin zu psychotherapeutischen Behandlungen der Opfer. Aus 20 Untersuchungen resultierte ein schriftliches Gutachten. 12 der Gutachten wurden durch die Polizei in Auftrag gegeben. Daraus lässt sich schließen, dass in mindestens 12 Fällen nach der Untersuchung in der KSA Anzeige bei der Polizei erstattet wurde. Wie oft es insgesamt zu einem gerichtlichen Verfahren kam, ist leider nicht bekannt.

Aus Gründen des Datenschutzes kann nicht nachverfolgt werden, wie es mit den Kindern nach der Untersuchung in der KSA weiterging. Dies wäre wichtig, um abzuschätzen, inwieweit die Untersuchung in der KSA eine Rolle in einem eventuellen Strafverfahren oder in einer Neuregelung von Sorge- oder Umgangsrecht innehat. Zudem wäre es interessant zu wissen, ob die durch Mitarbeiter der KSA eingeleiteten Maßnahmen, ein Stagnieren der Gewalttaten als Resultat nach sich zog.

## **5.7 Ausblick**

In der Zusammenschau der Ergebnisse aus der Projektphase I der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München und im Vergleich der erhobenen Daten mit der aktuellen Literatur wurde deutlich, dass die Thematik des Kinderschutzes eines Austausches und einer Zusammenarbeit vieler Professionen benötigt. Es gilt, Standards in der klinisch-forensischen Diagnostik zu etablieren, die Dokumentation, Untersuchung und Bewertung einheitlich zu gestalten. Es ist von elementarer Bedeutung, dass Klinikärzte sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Diagnostik der Kindesmisshandlung geschult werden. Basis sind fundierte Kenntnisse über die Anatomie der Anogenitalregion und deren physiologische Veränderungen im Prozess der körperlichen Entwicklung. Wünschenswert wären deutschlandweit einheitliche Schulungen zu der Thematik, die auf einer Zusammenarbeit von Rechtsmedizinern und Kindergynäkologen basieren. Zudem wäre es wünschenswert, den Austausch zwischen Kindergynäkologen, Pädiatern und Rechtsmedizinern dahingehend weiter auszubauen, dass Rechtsmediziner prinzipiell zu Verdachtsfällen hinzugezogen werden. Unwissen schürt Unsicherheit. Somit wäre es sinnvoll in Kliniken einen Algorithmus betreffend das Vorgehen bei Kindesmisshandlung zu etablieren. In einigen Kliniken besteht besagter Algorithmus schon. Wünschenswert wäre, die konsiliarische Untersuchung eines Rechtsmediziners in den Algorithmus mit aufzunehmen. In Anlehnung an Herrmann et al. (2016) wurde von Unfallchirurgen eine Handlungsstrategie entwickelt (95). In diesem Algorithmus sollte die konsiliarische Mitbeurteilung eines Rechtsmediziners zu einem festen Bestandteil werden.

In einigen Kliniken haben sich bereits Kinderschutzgruppen etabliert. Im Rahmen ihrer Treffen finden Besprechungen der Verdachtsfälle statt und in Zusammenarbeit mit forensisch ausgebildeten Kollegen wird ein weiteres Vorgehen beschlossen. Wünschenswert wäre zudem eine Öffentlichkeitsarbeit der Jugendämter dahingehend, dass ihr vorrangiges Ziel nicht das Trennen der Eltern von ihren Kindern ist. Jugendämter bieten zunächst einmal Hilfen an, eine Inobhutnahme steht am Ende vieler Hilfsangebote. Zudem stellt sich die Frage, ob verpflichtende, regelmäßige Untersuchungen für Kinder etabliert werden sollten, um mögliche Auffälligkeiten zu erkennen und sich die Möglichkeit der frühen Intervention zu schaffen (Stichwort Prävention). Sowohl primäre Prävention in Form von Hilfen z.B. frühen Hilfen für minderjährige Schwangere, als auch sekundäre Prävention in Form von regelmäßigen Untersuchungen von Kindern, um mögliche

Hinweise auf eine z.B. Verhaltensauffälligkeit als Indikator für eine Vernachlässigung oder Misshandlung zu erkennen. Zudem ist unbestritten, dass Kindesmisshandlung schwere Folgen für die Kinderseelen nach sich ziehen kann. Hier gilt es den Schwerpunkt auf tertiäre Prävention zu legen und den Kindern rechtzeitig psychologische Unterstützung zukommen zu lassen.

Im Jahr 2013 wurde im Rahmen des Projektes „Kinderschutzambulanz“ am Institut für Rechtsmedizin der LMU München ein Telemedizinportal, Remed-online, eröffnet. Das Portal richtet sich sowohl an Mitarbeiter von Jugendämtern als auch an Ärztinnen und Ärzte, vor allem in den ländlicheren Gebieten. Es besteht die Möglichkeit anonym Sachverhalte zu schildern, sowie Röntgen- und Fotoaufnahmen einzustellen. Bei Verdachtsfällen auf eine Kindeswohlgefährdung ist das Einholen einer Expertenmeinung von großer Bedeutung und im Zweifel eine Entlastung für Jugendämter sowie Ärztinnen und Ärzte. Im Bereich der Kindesmisshandlung geben erfahrene Rechtsmediziner eine Einschätzung der Befunde ab und beraten das weitere Vorgehen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass im Bereich des Kinderschutzes einiges in Bewegung ist. Aktuell wird an einer neuen Version der AWMF Leitlinien zum Thema Kindesmisshandlung gearbeitet (101). Die Bundesärztekammer veröffentlichte genaue Handlungsanweisungen für Kinderärztinnen und Ärzte im Klinik zum Vorgehen bei dem Verdacht auf Kindesmisshandlung (102). Trotz allem steht man vor der Problematik, dass die Befunde keineswegs immer eindeutig sind. Ziel muss es sein, im Team mit Klinikärzten und allen mit dem Kinderschutz betrauten Institutionen zusammen zu arbeiten.

Abschließend ist die Öffentlichkeitsarbeit in Schulen und Kindergärten nicht zu vernachlässigen. Lehrer/innen und Kindergärtner/innen haben intensiven Kontakt zu den Kindern und fungieren nicht selten als Vertrauenspersonen. Eine Sensibilisierung für das Thema der Kindesmisshandlung und das Bekanntmachen von Ansprechpartnern und Hilfsangeboten wäre in diesem Kontext von großer Bedeutung.

## **5.8 Fazit**

Liest man die vorliegende Arbeit, vor allem den Ergebnisteil, muss sich jedem aufmerksamen Leser folgende Frage stellen: Welche Sinnhaftigkeit hat die Eröffnung einer Kinderschutzambulanz, wenn Kinder vorgestellt werden, die keinerlei oder nur wenige Verletzungen aufweisen, welche eine stattgehabte Gewalttat beweisen könnten.

Eine berechtigte Frage und sicher einer der wichtigsten Diskussionspunkte dieser Arbeit. Grundsätzlich ist bekannt, dass im Bereich der Kindeswohlgefährdung ein hohes Maß an Unsicherheit aller betroffenen Institutionen herrscht. Es existiert bis dato eine große Dunkelziffer. Es ist völlig unklar, wie viele Fälle von Kindesmisshandlung wirklich existieren (4). Vor allem niedergelassene Kinderärzte und Klinikärzte sehen sich mit Fällen von Kindesmisshandlung konfrontiert. Sie sind gefangen zwischen Schweigepflicht (§203 StGB) und einer Fürsorgepflicht der Kinder gegenüber (§13 StGB). Trotz Leitlinien und Handlungsanweisungen ist die Unsicherheit groß.

Vor der Eröffnung der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin musste Strafanzeige gestellt werden, bevor eine Untersuchung am Institut durchgeführt werden konnte. Der niederschwellige Zugang zu Untersuchungen war nicht gewährleistet. Der Zugangsweg zu einem Experten auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung erschien kompliziert, die Ansprechpartner unklar. Rechtsmediziner verfügen über eine Expertise auf dem Gebiet der Traumatologie. Sie sind ausgebildet in der Auswertung, Beurteilung und Sicherung von Spuren. Zudem sind sie anerkannt bei Justiz und Behörden, und sind Kliniken oder eben jenen Behörden, ebenso wie den Angehörigen gegenüber, unabhängig. Die Rechtsmedizin als Partner der kurativen Medizin im Hinblick auf Prävention von Kindesmisshandlung ist ein Schlüssel zur Vermeidung von großem Leid. Das Ziel der Kinderschutzambulanz ist es, einzugreifen, bevor Missbrauch die Chance hat, für Jahre Einzug zu halten in ein Kinderleben. Die Kinderschutzambulanz bietet Hilfestellung für alle mit dem Kinderschutz betrauten Organisationen. Sie bietet Befundgenauigkeit und feste Ansprechpartner außerhalb eines Klinikalltags sowie zeitnahe Untersuchungstermine. Die Bedeutung einer adäquaten Dokumentation von Befunden in Wort und Bild ist die Grundvoraussetzung für ein eventuelles Gerichtsverfahren. Zudem werden Mehrfachuntersuchungen, die für ein Kind sehr traumatisierend sein können, vermieden.



Durch die Zusammenarbeit auch mit Kinderpsychologen, können Aussagen von Kindern in Zusammenhang mit den Verletzungen gesetzt werden. Für Klinikärzte kann es eine enorme Erleichterung sein, die Verantwortung mit jemandem zu teilen, der Experte auf dem Gebiet ist. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinderschutzambulanz sind vernetzt mit vielen Organisationen. Somit kann schnell eine fachübergreifende Hilfestellung gewährleistet werden. Falsche Beschuldigungen, vor allem im familiären Kontext, können ganze Familien entzweien. Durch die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen können besorgte Eltern eventuell auch beruhigt und falsche Verdächtigungen fallen gelassen werden. Das gleiche gilt natürlich auch andersherum. Sehen die Mitarbeiter der KSA Gefahr im Verzug gilt auch für sie die Möglichkeit, die Schweigepflicht zu brechen und das Jugendamt einzuschalten. Die KSA bietet somit für Eltern und Jugendämter und Betroffene die Möglichkeit sich die Meinung eines Experten einzuholen, bevor Schritte eingeleitet werden, die massive Konsequenzen für Familie und Kinder nach sich ziehen können. Ziel muss es sein, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken und möglichst opferschonend zu arbeiten.

Um auf die einleitende Frage zurück zu kommen: es zeigen wenige Kinder Befunde, die eine stattgefundene Misshandlung beweisen. Oftmals bleibt der Verdacht bestehen. Dann gilt es, insbesondere die verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zu nutzen und Kindern und Familien Hilfen zukommen zu lassen, die durch die Arbeit in der KSA nicht gewährleistet werden kann, um ggf. den Kinderschutz zu sichern.

Die vorliegende Arbeit hat es sich zum Ziel gemacht die Befunde zu systematisieren, darzustellen und in den Kontext der Gewaltformen einzuordnen. Die Ausarbeitung der verwendeten Kategorien soll es in Zukunft einfacher machen, Befunde klar und strukturiert auszuwerten.

Denn setzt man die erhobenen Befunde in den Kontext mit einer fundierten Anamnese, kann es ausreichen, um Maßnahmen zu ergreifen oder frühe Hilfen zu involvieren. Zudem ist es ebenso von elementarer Bedeutung besorgte Eltern zu beruhigen und falsche Verdächtigungen auszuräumen. In Zukunft wird der Untersuchungsbogen der KSA digitalisiert, um die Auswertung zu erleichtern. Zudem fanden aufgrund der vorliegenden Arbeit neue Items Einzug in den Untersuchungsbogen, um die erhobenen Befunde detaillierter auswertbar zu machen (auch im Hinblick auf die familiäre Situation der Kinder und Jugendlichen). Aufgrund der vorliegenden Arbeit wurde somit für die zukünftige Auswertung der Untersuchungsbögen, eine arbeitserleichternde und detailgetreue

**Error! Use the Home tab to apply Überschrift 1 to the text that you want to appear here.**

---

Methode entwickelt.

## **6 Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel die Entwicklung der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München vom Pilotprojekt zum bayernweiten Kompetenzzentrum aufzuzeigen sowie die Arbeit der Kinderschutzambulanz näher zu beleuchten. Weiterführend wird die Bedeutung rechtsmedizinischer Ambulanzen im Kontext des Kinderschutzes erörtert. Zudem wurde ein Untersuchungsbogen für die KSA erstellt und ausgearbeitet sowie eine Methode zum Auswerten des Bogens, vor allem im Hinblick auf die Befunde körperlich misshandelter und/oder sexuell missbrauchter Kinder, entwickelt. Die erhobenen Daten wurden mit den Daten aus der Literatur verglichen und ein abschließendes Fazit gezogen.

Im Jahr 2010 wurde am Institut für Rechtsmedizin der LMU München das Pilotprojekt „Kinderschutzambulanz“ in das Leben gerufen. Untersucht werden Kinder und Jugendliche mit dem Verdacht auf oder zum Ausschluss körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Das Angebot ist niedrigschwellig und richtet sich an alle mit dem Kinderschutz betrauten Organisationen. Aus der Notwendigkeit heraus, sich aktiv für den Kinderschutz einzusetzen, wird das Projekt seit Mai 2011 vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration gefördert und finanziell unterstützt.

Die Bedeutung rechtsmedizinischer Ambulanzen im Bereich des Kinderschutzes leitet sich aus der Expertise der Rechtsmediziner auf dem Gebiet des Umgangs mit Gewaltopfern ab. Anamnese, Körperliche Untersuchung und Spurensicherung bilden das Grundgerüst der Diagnostik.

Methodisch wurde ein Untersuchungsbogen entwickelt, welcher ein Körperschema enthält, auf dem das Einzeichnen von Verletzungen möglich ist. Nach eingehender Literaturrecherche wurden Items ausgewählt, welche im Hinblick auf körperliche und sexuelle Gewalttaten von Bedeutung sind (Bogen siehe im Anhang). Um die erhobenen Daten zu erfassen und statistisch auswertbar zu machen, wurde eine Excel Tabelle erstellt und Kategorien gebildet, in die die erhobenen Informationen eingespeist werden konnten. Besonderes Augenmerk lag auf den erhobenen körperlichen und anogenitalen Befunden. Die Erfassung körperlicher Befunde mittels einer Excel Tabelle stellte eine Herausforderung dar.

Zusammenfassend wurden in dem Zeitraum zwischen 2010 und 2013 225 Kinder und Jugendliche in der KSA untersucht.

In 72% der Fälle handelte es sich um Mädchen, in knapp 28% der Fälle um Jungen. Am häufigsten fand die Vorstellung aufgrund des Verdachts auf eine sexuelle Gewalttat statt (mehr Mädchen als Jungen). Über 50% der Kinder und Jugendlichen befanden sich in der Altersgruppe der 1- bis unter 6-jährigen. Hauptauftraggeber der Untersuchungen waren Eltern (eher Auftraggeber bei V.a. sexuellen Missbrauch) und Jugendämter (eher Auftraggeber bei V.a. körperliche Misshandlung). Die Tatverdächtigen stammten zu einem erheblichen Anteil aus dem familiären Nahraum der Kinder (in einem Drittel der Fälle wurde der leibliche Vater als TV angegeben) und die Taten fanden oftmals im häuslichen Umfeld der Kinder statt (knapp ein Drittel der Fälle). Dies entspricht den Daten aus der Literatur. Oftmals fand die Vorstellung in der KSA mit einer erheblichen zeitlichen Diskrepanz zum angegebenen Vorfallszeitpunkt statt, welches die Bewertung von Befunden und die Spurensicherung deutlich erschwerte (in knapp der Hälfte der Fälle konnte der Vorfallszeitpunkt nicht eruiert werden).

Bei einer sexuellen Gewalttat als Vorstellungsgrund wurde in einem Fünftel der Fälle eine Penetration angegeben (vor allem vaginal mit Penis oder Finger)..

Beschriebene Auffälligkeiten im Anogenitalbereich stellten sich zum überwiegenden Teil als unspezifische Rötungen durch z.B. Windeldermatitiden oder Synechien heraus. Über die Hälfte der Kinder und Jugendliche wurde aufgrund auffälligem (z.B. aggressivem) oder sexualisiertem Verhalten vorgestellt. Eine Befragung von Kindern wird aufgrund der suggestiven Beeinflussbarkeit in der KSA nicht durchgeführt. Ein körperlich gesundes Kind kann allerdings zu großer Beruhigung seitens der Eltern führen und Hilfsangebote können rechtzeitig vermittelt werden (Stichwort Prävention).

Bei allen vorgestellten Kinder und Jugendlichen wurde eine umfassende körperliche Untersuchung durchgeführt. In der Zusammenschau dieser Befunde zeigte sich, dass fast alle Kinder und Jugendliche Hautverfärbungen an sturz- und stoßexponierten Stellen aufwiesen.

In einem Drittel der Fälle fand die Vorstellung aufgrund einer körperlichen Gewalttat statt. In knapp 50% der Fälle wurde stumpfe Gewalt in Form von Schlägen als Vorstellungsgrund benannt. Als Schlagwerkzeug überwog die flache Hand.

Scharfe Gewalt fand sich nicht als Vorstellungsgrund. Strangulation wurde einmal angegeben. Bei angegebener thermischer Gewalt wurden vor allem Verbrennungen durch

Zigaretten angegeben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem besorgte Eltern und das Jugendamt sich ratsuchend an die Mitarbeiter der KSA gewendet haben. Ziel wäre es, vor allem die Zusammenarbeit mit Klinikärzten auszubauen. Die Thematik der Kindesmisshandlung ist oftmals mit Angst und Unwissen besetzt. Ein Verdacht, einmal geäußert, kann ganze Familien entzweien. Hier ist es Aufgabe der KSA auch Anschuldigungen und Besorgnisse aus dem Weg zu räumen, natürlich falls dies möglich ist.

Fazit ist, dass wenige Kinder und Jugendliche Verletzungen aufweisen, die eine Gewalttat beweisen. Für eventuelle Gerichtsverfahren ist es jedoch unerlässlich, jedes Detail zu erfassen und adäquat zu beschreiben und in Zusammenhang mit der erhobenen Anamnese zu bringen. Es gilt zu überprüfen, ob der geschilderte Tathergang mit den Verletzungen übereinstimmen kann.

Kinderschutz braucht ein starkes Netzwerk. Zum Schutz der Kinder und der Prävention weiterer Gewalttaten müssen alle mit dem Kinderschutz betrauten Institutionen zusammenarbeiten. Es gilt Leitlinien für Klinikärzte zu entwickeln und die konsiliarische Untersuchung durch einen Rechtsmediziner in das Konzept zu etablieren. Es muss interveniert werden, bevor es zum Schlimmsten kommt und die Kinderseele schweren Schaden davonträgt.

## 7 Verzeichnisse

### 7.1 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
bzgl.	Bezüglich
bzw.	Beziehungsweise
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
e.V.	eingetragener Verein
btc.	et cetera
GdvG	Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz
bgl.	gegebenenfalls
GV	Geschlechtsverkehr
KSA	Kinderschutzambulanz
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
o.ä.	oder ähnliches
Stgb	Strafgesetzbuch
TV	Tatverdächtiger
u.U.	unter Umständen
V.a.	Verdacht auf
vgl.	Vergleich
z.A.	zum Ausschluss
z.B.	zum Beispiel

## 7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hämatomlokalisierung sturz- und stoßspezifisch (modifiziert nach HERRMANN B. et al., 2008) (26) .....	13
Abbildung 2: Hämatome an misshandlungsverdächtigen Lokalisationen (modifiziert nach HERRMANN B. et al., 2008) (26) .....	13
Abbildung 3: Warteraum der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München.....	23
Abbildung 4: Wickeltisch für Kinder in den Räumlichkeiten der Kinderschutzambulanz....	23
Abbildung 5: sechsjähriges Mädchen, hormonelle Ruheperiode, Hymen anularis.....	31
Abbildung 6: Hymen fimbriatus.....	31
Abbildung 7: Anzahl der Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz von 2010 bis 2013 .....	59
Abbildung 8: Geschlechterverteilung der untersuchten Kinder in der KSA.....	61
Abbildung 9: Altersverteilung der untersuchten Kinder in der KSA .....	62
Abbildung 10: Vorstellungsgrund in der KSA bezogen auf das Geschlecht .....	62
Abbildung 11: Hauptauftraggeber der Untersuchungen in der KSA .....	63
Abbildung 12: 10-jähriges Mädchen, fast bis auf den Grund reichende Kerbe auf 2 Uhr SSL .....	78
Abbildung 14: vierjähriges Mädchen, V.a. Stockschläge auf das Genitale .....	85
Abbildung 15: dreijähriges Mädchen, Zustand nach Stockschlägen auf den Venushügel .	86
Abbildung 16: Untersuchungsbogen KSA Seite 1.....	145
Abbildung 17: Untersuchungsbogen KSA Seite 2.....	146
Abbildung 18: Untersuchungsbogen KSA Seite 3.....	147
Abbildung 19: Untersuchungsbogen KSA Seite 4.....	148
Abbildung 20: Untersuchungsbogen KSA Seite 5.....	149
Abbildung 21: Untersuchungsbogen KSA Seite 6.....	150
Abbildung 22: Untersuchungsbogen KSA Seite 7.....	151
Abbildung 23: Untersuchungsbogen KSA Seite 8.....	152
Abbildung 24: Untersuchungsbogen KSA Seite 9.....	153
Abbildung 25: Kategorien nach Adams (36).....	154

### **7.3 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:Vorstellungsgrund in der KSA .....	60
Tabelle 2: Vorstellungsgrund versus Auftraggeber.....	64
Tabelle 3: Zeitraum zwischen letztem Vorfall und Vorstellung in der KSA .....	66
Tabelle 4: In der Anamnese angegebene Vorfallsorte .....	67
Tabelle 5: Angegebene Tatverdächtige.....	68
Tabelle 6: Aufgliederung der TV Kategorie „erweiterte Familie“ .....	70
Tabelle 7: Vorstellungsgrund (Mehrfachnennungen möglich).....	73
Tabelle 8: Ort der Penetration und angegebener Gegenstand.....	73
Tabelle 9: Hormonelle Ruheperiode, Altersgruppen .....	75
Tabelle 10: Präpubertäre oder pubertäre Phase, Altersgruppen .....	75
Tabelle 11:Tanner-Stadien.....	76
Tabelle 12: Auffälligkeiten im Anogenitalbereich .....	77
Tabelle 13: Betroffene Körperregion und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich) .....	79
Tabelle 14: Lokalisation der Befunde an den Extremitäten .....	80
Tabelle 15: Vorstellungsgrund.....	81
Tabelle 16: „Schlagwerkzeuge“ (Mehrfachnennung möglich).....	82
Tabelle 17: Sturzmechanismus.....	83
Tabelle 18: Vorstellungsgrund Kategorie „Sonstiges“ .....	83
Tabelle 19: Vorstellungsgrund Kategorie „unbekannt“ .....	84
Tabelle 20: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich) .....	84
Tabelle 21: Lokalisation der Befunde an den Extremitäten (Mehrfachnennung möglich) ..	86
Tabelle 22: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich). .....	88
Tabelle 23: Ausprägung Befunde durch thermische Gewalteinwirkung .....	88
Tabelle 24: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich) .....	91
Tabelle 25: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich) .....	92
Tabelle 26: Vorstellungsgrund körperliches Gewaltdelikt (Mehrfachnennung möglich).....	94



Tabelle 27: Tanner-Stadien .....	95
Tabelle 28: Auffälligkeiten im Anogenitalbereich, Differenzierung .....	96
Tabelle 29: Betroffene Körperregionen und Verletzungssystematik (Mehrfachnennungen möglich) .....	96
Tabelle 30: Auftraggeber schriftliche Gutachten .....	101

## 8 Literaturverzeichnis

1. Fürniss T. Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C.H. Kempe bis heute. In: Deegener G, Körner W, Herausgeber. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch. Göttingen Bern Toronto: Hogrefe Verlag; 2005. S. 19–33.
2. § 1631 Abs. 2 BGB.
3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver. JAMA. 22. Juni 1984;251(24):3288–94.
4. Polizeiliche Kriminalprävention des Länder und des Bundes. Polizeiliche Kriminalstatistik 2015 [Internet]. Polizei-Beratung. 2015 [zitiert 12. Februar 2017]. Verfügbar unter: <http://www.polizei-beratung.de/presse/infografiken.html>
5. Guthkelch AN. Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. Br Med J. 22. Mai 1971;2(5759):430–1.
6. Caffey J. The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking by the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation. Pediatrics. 1. Oktober 1974;54(4):396–403.
7. Übereinkommen über die Rechte des Kindes - uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf [Internet]. [zitiert 6. Februar 2017]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93140/8c9831a3ff3ebf49a0d0fb42a8efd001/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf>
8. Bayerisches Gesamtkonzept zum Kinderschutz - bayerisches-gesamtkonzept-kinderschutz.pdf [Internet]. [zitiert 27. November 2016]. Verfügbar unter: [http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_internet/jugend/bayerisches-gesamtkonzept-kinderschutz.pdf](http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/jugend/bayerisches-gesamtkonzept-kinderschutz.pdf)
9. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln – Ärzteleitfaden - aertzleitfaden.pdf [Internet]. [zitiert 8. Dezember 2016]. Verfügbar unter: [http://www.aertzleitfaden.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_internet/jugend/aertzleitfaden.pdf](http://www.aertzleitfaden.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/jugend/aertzleitfaden.pdf)
10. German Viol New.pdf - WHO\_summary\_ge.pdf [Internet]. [zitiert 31. Januar 2017]. Verfügbar unter: [http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/WHO\\_summary\\_ge.pdf](http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/WHO_summary_ge.pdf)
11. Kindler H, Lillig, Susanna, Blüml, Herbert, Meysen T, Werner, Annegret. Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) [Internet]. [zitiert 28. Januar 2017]. Verfügbar unter: [https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/asd\\_handbuch\\_gesamt.pdf](https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/asd_handbuch_gesamt.pdf)
12. Rörig, Johannes-Wilhelm. Siehe Glossar des Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. [Internet]. Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. [zitiert 12. Februar 2017]. Verfügbar unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/glossar/>
13. § 225 Abs. 17 StGB.
14. § 1666 Abs. 2 BGB.
15. § 8a SGB VIII. Juni 26, 1990.
16. § 8a Abs. 1 SGB VIII.

17. § 8a Abs. 2 SGB VIII.
18. § 8a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII.
19. § 203 Abs. 1 Satz 1 StGB.
20. § 34 StGB Rechtfertigender Notstand.
21. Tutsch-Bauer E, Rauch E, Penning R. Rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch. Dtsch Arztebl [Internet]. 1998 [zitiert 12. Februar 2017];(95 (17)). Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/10806/Rechtsmedizinische-Aspekte-bei-Verdacht-auf-sexuellen-Missbrauch>
22. Abs. 2, Art. 14, Nr. 6 GDVG. Juli 24, 2003.
23. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend - Das Bundeskinderschutzgesetz [Internet]. [zitiert 12. Februar 2017]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/bundeskinderschutzgesetz/das-bundeskinderschutzgesetz/86268?view=DEFAULT>
24. Deegener G, Körner W. Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis, Materialien. 1. Aufl. Lengerich; Berlin; Bremen; Wien u.a.: Pabst Science Publishers; 2006. 348 S.
25. Mützel, Elisabeth. Rechtsmedizinische Befunde bei Kindesmisshandlung. Dtsch Arztebl [Internet]. 2007 [zitiert 27. Februar 2017];(1). Verfügbar unter: [http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2007/01/einzelpdf/BAB0107\\_10-13.pdf](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2007/01/einzelpdf/BAB0107_10-13.pdf)
26. Herrmann B, Banaschak S, Thyen U, Dettmeyer R. Körperliche Kindesmisshandlung. In: Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 1. Aufl. Springer Berlin Heidelberg; 2016. S. Kapitel 4, S. 51-52, 53-61, 62-71.
27. Trop M. Das brandverletzte Kind. Monatsschr Kinderheilkd. 2002;150(10):1238–51.
28. Arbeitskreis der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin, Herausgeber. Leitlinien für Thermisch / Chemische Verletzungen [Internet]. 1999 [zitiert 1. März 2017]. Verfügbar unter: <http://www.verbrennungsmedizin.de/leitlinien-verletzungen.php>
29. Moritz AR, Henriques FC. Studies of Thermal Injury. Am J Pathol. September 1947;23(5):695–720.
30. Trop M. Das brandverletzte Kind. Monatsschr Kinderheilkd. 1. November 2002;150(11):1408–22.
31. Mützel E, Heinrich M, Penning R, Graw M. Ärztliche Diagnose und Befunde- Formen der körperlichen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. IN: Gewalt Gegen Kinder Jugendliche Erkenn Handeln Leitf Für Ärztinnen Ärzte. 2013; Kapitel 3, S. 67-77.
32. § 176 Abs. 13 StGB. Jan 27, 2015.
33. Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“: Abschlussbericht. [Internet]. BT-Drs. 17/8117; 2011 [zitiert 13. Februar 2017]. Verfügbar unter: <https://www.dgsf.org/aktuell/news/Abschlussbericht%20Runder%20Tisch.2011.pdf>
34. Saller H. Sexuelle Ausbeutung von Kindern in der Familie: In: Familie und soziale Arbeit : Familienideal, Familienalltag ; neue Aufgaben für die soziale Arbeit ; Gesamtbericht über den 71. Deutschen Fürsorgetag 1986 in München 29. bis 31. Oktober 1986. Stuttgart: Kohlhammer, 1987. S. 326-332 [Internet]. Kohlhammer; 1987 [zitiert 13. Februar 2017]. Verfügbar unter:

- <http://sowiport.gesis.org/search/id/gesis-solis-00100921>
35. Herrmann B, Banaschak S, Thyen U, Dettmeyer R. Sexueller Kindesmissbrauch. In: Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 1. Aufl. Springer Berlin Heidelberg; 2016. S. Kapitel 7, S. 115-16.
  36. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, u. a. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1. April 2016;29(2):81–7.
  37. Sierau S, Resch L, Michel A, Horlich J, Dehmel S, Tsapos N, u. a. Definition und Beschreibung von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd. 1. Dezember 2014;162(12):1084–9.
  38. Frank R, Kopecky-Wenzel M. Vernachlässigung von Kindern. Monatsschr Kinderheilkd. 1. November 2002;150(11):1339–43.
  39. Rüth, Ulrich, Freisleder, Franz Joseph M. Seelische Gewalt. Gewalt Gegen Kinder Jugendliche Erkenn Handeln LeitF Für Ärztinnen Ärzte. 2013;Kapitel 3, S. 109-118.
  40. Krupinski M. Münchhausen-by-proxy- Syndrom. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, Herausgeber. Klinisch-forensische Medizin [Internet]. Springer Vienna; 2013 [zitiert 28. Januar 2017]. S. 283–91. Verfügbar unter:  
[http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-211-99468-9\\_24](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-211-99468-9_24)
  41. Sonnenmoser, Marion. Artifizielle Störungen: Rätselhaft und gefährlich. Dtsch Ärztebl. September 2010;(PP 9):417.
  42. Matschke, Jacob, Hermann, Bernd, Sperhake, Jan, Körber, Friederike, Bajanowski, Thomas, Glatzel, Markus. Shaken Baby Syndrome—A Common Variant of Nonaccidental Head Injury in Infants: In reply (03.07.2009). September 2009;(106(27)):468.
  43. Herrmann B, Banaschak S, Thyen U, Dettmeyer R. Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom. In: Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 1. Aufl. Springer Berlin Heidelberg; 2016. S. Kapitel 3, S.36.
  44. Mützel E. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Monatsschr Kinderheilkd. 1. April 2011;159(4):373.
  45. Zinka B. Sexualdelikte. In: Peschel DO, Mützel DE, Penning PDR, Herausgeber. Das Kind in der Forensischen Medizin: Festschrift für Wolfgang Eisenmenger. 1. Aufl. Landsberg/Lech: ecomed; 2009. S. Kapitel 2.1., S. 81-93.
  46. Jones, David P.H. Sexueller Missbrauch von Kindern. Gesprächsführung und körperliche Untersuchung [Internet]. Stuttgart, New York: Thieme; 1996 [zitiert 16. Februar 2017]. Verfügbar unter: <https://www.zvab.com/Sexueller-Missbrauch-Kindern-Gespr%C3%A4chsf%C3%BChrung-k%C3%B6rperliche-Untersuchung/7185863106/buch>
  47. Grassberger, M., Verhoff, M.A. Klinisch-forensische Fotodokumentation. In: Grassberger, M., Türk, E., Yen, K., Herausgeber. Klinisch-forensische Medizin [Internet]. 3. Aufl. Springer Berlin Heidelberg; 2013 [zitiert 8. Dezember 2016]. S. Kapitel 14, S. 136. Verfügbar unter:  
<http://www.springer.com/de/book/9783211994672>
  48. Madea B. Klinische Rechtsmedizin und klinisch-forensische Untersuchung. In: Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer Berlin Heidelberg; 2014. S. Kapitel 5, S. 257.
  49. Herrmann B, Banaschak S, Thyen U, Dettmeyer R. Anamnese und Untersuchung bei sexuellem Missbrauch eines Kindes. In: Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 1. Aufl. Springer Berlin Heidelberg; 2016. S. Kapitel 8, S. 121-129.

50. Mützel E, Eisenmenger W. Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Gynäkol. 1. Januar 2010;43(1):66–70.
51. Mützel E, Debertin AS, Banaschak S. Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, Herausgeber. Klinisch-forensische Medizin [Internet]. Springer Vienna; 2013 [zitiert 31. Januar 2017]. S. 307–16. Verfügbar unter: [http://link.springer.com.emedien.ub.uni-muenchen.de/chapter/10.1007/978-3-211-99468-9\\_26](http://link.springer.com.emedien.ub.uni-muenchen.de/chapter/10.1007/978-3-211-99468-9_26)
52. Debertin AS, Seifert D, Mützel E. Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. Rechtsmedizin. 1. Oktober 2011;21(5):479.
53. Hermann, Bernd, Banaschak, Sybille, Csorba, Roland, Navratil, Francesca, Dettmeyer, Reinhard. Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Dtsch Ärztebl [Internet]. 2014 [zitiert 16. Februar 2017];(111(41)). Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/162668/Medizinische-Diagnostik-bei-sexuellem-Kindesmissbrauch>
54. Hafferl, Anton. Regio pudendalis. In: Lehrbuch der topographischen Anatomie [Internet]. 3. Aufl. Springer Berlin Heidelberg; 1969 [zitiert 8. Dezember 2016]. S. Kapitel Becken, S. 641. Verfügbar unter: <http://www.springer.com/de/book/9783642873423>
55. Siekmann, Tabea. Die weibliche Anatomie und der weibliche Zyklus. In: Sexualerziehung und gesundheitliche Aufklärung für Mädchen [Internet]. Springer Berlin Heidelberg; 2016 [zitiert 31. Januar 2017]. S. Kapitel 4, S. 20. Verfügbar unter: <http://www.springer.com/de/book/9783662486009>
56. Wolf A, Mittag JE, Lauritzen C. Kinder- und Jugendgynäkologie: Atlas und Leitfaden für die Praxis. 2. Aufl. Stuttgart u.a.: Schattauer, F.K. Verlag; 2002. 295 S.
57. Paradise JE. Predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: A big issue about a little tissue. Child Abuse Negl. 1. Januar 1989;13(2):169–76.
58. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. Juni 1969;44(235):291–303.
59. Adams JA. Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: 2011 Update. J Child Sex Abuse. 1. September 2011;20(5):588–605.
60. Christian CW, Lavelle JM, Jong ARD, Loisele J, Brenner L, Joffe M. Forensic Evidence Findings in Prepubertal Victims of Sexual Assault. Pediatrics. 1. Juli 2000;106(1):100–4.
61. Hammer K, Rauch E, Anslinger K. Nachweisbarkeitsdauer der verschiedenen Samenflüssigkeitsbestandteile in Vaginalabstrichen post coitum. Rechtsmedizin. 1. Oktober 2006;16(5):313–6.
62. Künster, Thurn, Fischer, Wucher, Kindler, Ziegenhain. Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Version für Klein- und Vorschulkinder. [Internet]. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Herausgeber. 2011 [zitiert 17. Februar 2017]. Verfügbar unter: [http://www.lra-ffb.de/pdf/32/Wahrnehmungsbogen\\_KleinundVorschulkinder\\_2011.pdf](http://www.lra-ffb.de/pdf/32/Wahrnehmungsbogen_KleinundVorschulkinder_2011.pdf)
63. Meysen T, Schönecker L, Kindler H. Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. 1. Aufl. Weinheim; München: Beltz Juventa; 2008. 262 S.
64. Ziegenhain, Ute, Schöllhorn, Angelika, Künster, Anne K., Hofer, Alexandra, König, Cornelia, Fegert, Jörg M. Guter Start ins Kinderleben - Werkbuch Vernetzung [Internet]. 1. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Herausgeber. Ulm: Süddeutsche Verlagsgesellschaft Ulm; 2010 [zitiert 31. Januar 2017]. Verfügbar unter: [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch\\_Ver](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Ver)

- netzung\_\_NZFH\_2010\_.pdf
65. Reinhold C, Kindler H. Kindliche Entwicklung, Gefährdungsaspekte und Folgen. In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A, Herausgeber. Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München; 2006. S. Kapitel 17 und 18.
  66. Simchen H. Verunsichert, ängstlich, aggressiv: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Ursachen und Folgen. Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH; 2007. 188 S.
  67. McCann, J., Miyamoto, S., Boyle C., Rogers, K. Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. *Pediatrics*. 4. September 2017;(119):e1094-1106.
  68. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA*. 2. Dezember 1998;280(21):1855–62.
  69. Bundes PK der L und des. Infografiken [Internet]. Polizei-Beratung. 2017 [zitiert 26. Juli 2017]. Verfügbar unter: <http://www.polizei-beratung.de/presse/infografiken/>
  70. Elliott M. Frauen als Täterinnen: Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Ruhnmark: mebes & noack; 1995. 337 S.
  71. Fegert, Jörg M., Rassenhofer, M., Schneider, T., Seitz, A., König, L., Spröber, N. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Anlaufstelle der unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a.D. [Internet]. Ulm: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm; 2011 [zitiert 17. April 2017]. Verfügbar unter: [http://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Downloads/Endbericht\\_Auswertung\\_Anlaufstelle\\_Missbrauchsbeauftragte.pdf](http://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Downloads/Endbericht_Auswertung_Anlaufstelle_Missbrauchsbeauftragte.pdf)
  72. Burger, E., Reiter, K. Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Intervention und Prävention. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer; 1993. 59,60,61,63,64.
  73. Hirsch, M. Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie. 2. Aufl. Berlin (u.a.): Springer; 1990. S. 148.
  74. Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud P. Sexual victimization in adolescent girls (age 15–20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Pædiatrica*. 1. Februar 1998;87(2):212–7.
  75. Adler NA, Schutz J. Sibling incest offenders. *Child Abuse Negl*. 1. Juli 1995;19(7):811–9.
  76. Cyr M, Wright J, McDuff P, Perron A. Intrafamilial sexual abuse: brother–sister incest does not differ from father–daughter and stepfather–stepdaughter incest. *Child Abuse Negl*. September 2002;26(9):957–73.
  77. Franke B, Seifert D, Anders S, Schröer J, Heinemann A. Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin*. 2004;14(3):194–9.
  78. McCann J. The Appearance of Acute, Healing, and Healed Anogenital Trauma. *Child Abuse Negl*. 1. Juni 1998;22(6):605–15.
  79. Todt M, Maciuga A, Debertin AS. „Projekt Kinderschutz“ in Niedersachsen. *Rechtsmedizin*. 1. Oktober 2014;24(5):399–404.
  80. Ward DB, Fleischer AB, Feldman SR, Krowchuk DP. Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. September 2000;154(9):943–6.
  81. Wilson HW, Widom CS. Sexually Transmitted Diseases Among Adults Who Had Been Abused and Neglected as Children:A 30-Year Prospective Study. *Am J Public*

- Health. April 2009;99(Suppl 1):S197–203.
82. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Sexuell übertragbare Krankheiten im Kindesalter und sexueller Mißbrauch [Internet]. 1996 [zitiert 29. Juli 2017]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/441/Sexuell-uebertragbare-Krankheiten-im-Kindesalter-und-sexueller-Missbrauch>
83. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual abuse of english boys and girls: The importance of anal examination. Child Abuse Negl. 1. Januar 1989;13(2):195–210.
84. Isa M, Mathes H, Dettmeyer R. Akute anale Penetrationsverletzungen bei Kleinkindern. Rechtsmedizin. 1. August 2016;26(4):303–7.
85. Körner W, Lenz A. Sexueller Missbrauch: Band 1: Grundlagen und Konzepte. Hogrefe Verlag; 2004. 647 S.
86. Ina-Maria Philipps. Sexualisiertes Verhalten – brauchen wir neue Bewertungen? Wie sexuell ist kindliche Sexualität? [Internet]. 2001 [zitiert 27. Juni 2017]. Verfügbar unter: [https://www.isp-dortmund.de/downloadfiles/sexualisiertes\\_verhalten.pdf](https://www.isp-dortmund.de/downloadfiles/sexualisiertes_verhalten.pdf)
87. A.Kastbom Å. Sexual behaviour, debut and identity among Swedish Schoolchildren. Linköping University Electronic Press; 2015. 123 S.
88. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull. Januar 1993;113(1):164–80.
89. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl. 1. Juni 2002;26(6):645–59.
90. Isaranurug S, Chansatitporn N, Auewattana P, Wongarsa C. Violence against children by parents. J Med Assoc Thai Chotmaiher Thangphaet. August 2002;85(8):875–80.
91. Menzel S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D. Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin. 1. Februar 2013;23(1):29–37.
92. Andronicus, M., Oates, R.K., Peat, J., Spalding, S., Martin, H. Non-accidental burns in children. Burns. 1998;(24):552–8.
93. Sturzunfälle bei kleinen Kindern (< 5 Jahre) - Sturzunfälle\_Kleinkinder\_03\_05\_2010.pdf [Internet]. [zitiert 27. Juni 2017]. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media\\_fast/5510/Sturzunf%C3%A4lle\\_Kleinkinder\\_03\\_05\\_2010.pdf](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Sturzunf%C3%A4lle_Kleinkinder_03_05_2010.pdf)
94. Schick, Sylvia. Äußere Gewalteinwirkung- Epidemiologie der kindlichen Unfälle. In: Peschel, Oliver, Mützel, Elisabeth, Penning, Randolph, Herausgeber. Das Kind in der forensischen Medizin- Festschrift für Wolfgang Eisenmenger. Landsberg/Lech: ecomed Medizin; 2009. S. 32–7.
95. Schöpfer, Jutta, Mützel, Elisabeth, Endisch, G., Penning, Randolph. Tödliche Unfälle durch Erstickern und Ertrinken im Kindesalter. In: Peschel, Oliver, Mützel, Elisabeth, Penning, Randolph, Herausgeber. Das Kind in der forensischen Medizin- Festschrift für Wolfgang Eisenmenger. Landsberg/Lech: ecomed Medizin; 2009. S. 32–7.
96. Mullender A, Morley R. Children Living With Domestic Violence: Putting Men's Abuse of Women on the Child Care Agenda. London : Concord, MA: Whiting & Birch Ltd; 1994. 308 S.
97. Kavemann, Barbara. WiBIG - Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt [Internet]. 2000 [zitiert 26. Juni 2017]. Verfügbar unter: <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de/wibig0.htm>
98. Echlin C, Marshall, L. L. Child protection services for children of battered woman. IN: Ending the Cycle of Violence: Community Responses to Children of Battered

Women. 1 edition. Peled E, Jaffe PG, Edleson JL, Herausgeber. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc; 1994. 320 S.

99. Kindesmisshandlung im Überblick - Pädiatrie [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. [zitiert 29. Juli 2017]. Verfügbar unter:  
<http://www.msdmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/kindesmisshandlung/kindesmisshandlung-im-%C3%BCberblick>
100. Mußhoff F, Madea B. K.-o.-Mittel. Rechtsmedizin. 1. Juni 2008;18(3):205–24.
101. 071-003 S2 Kindesmißhandlung und Vernachlässigung 09-2008 12-2012 - 071-003\_S2\_Kindesmisshandlung\_und\_Vernachlaessigung\_09-2008\_12-2012.pdf [Internet]. [zitiert 29. Juli 2017]. Verfügbar unter:  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/071-003\\_S2\\_Kindesmisshandlung\\_und\\_Vernachlaessigung\\_09-2008\\_12-2012.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071-003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf)
102. Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung: Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, Version 1.4, 2013 - KSGLeitfaden1420130923.pdf [Internet]. [zitiert 29. Juli 2017]. Verfügbar unter:  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/KSGLeitfaden1420130923.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/KSGLeitfaden1420130923.pdf)



## 9 Anhang

### 9.1 Untersuchungsbogen







  <b>Kinderambulanz INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN</b>		 Dokumentationsbogen
<b>Name:</b>	<b>Untersuchung am:</b>	
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<b>Uhrzeit von:</b>	<b>bis:</b>
<b>Geb.-Datum:</b>	<b>Untersucher:</b>	
	<b>Teil.Beratungs NR.:</b>	
<b>In Begleitung von:</b>		
<b>Auftraggeber(Anrufer) und Adresse:</b>		
<b>Beteiligung von:</b>		
Freier Träger der Jugendhilfe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Arzt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Polizei	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
<b>Vorgeschichte:</b>		
<b>(Fremd)-Anamnese:</b>		
1		

Abbildung 15: Untersuchungsbogen KSA Seite 1

		<b>Kinderambulanz INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN</b>	 Dokumentationsbogen
---	---	--	--

Vorfallsort: \_\_\_\_\_

Datum/Zeit letzter Vorfall: \_\_\_\_\_, falls nicht bekannt: ungefähre Angabe:

☐ innerhalb der letzten 24h   
 ☐ 2 bis 3 Tage   
 ☐ 4 bis 7 Tage   
 ☐ >1 Woche bis 1 Monat  
☐ >1 bis 3 Monate   
 ☐ >3 bis 6 Monate   
 ☐ >1/2 bis 1 Jahr   
 ☐ >1 bis 2 Jahre   
 ☐ > 2 Jahre

☐ erstmaliger Vorfall, wenn nicht:

Seit wann/wie lange schon/Datum erstmaliger Vorfall: \_\_\_\_\_

☐ angegebene/r Täter: \_\_\_\_\_
 Alter des/r angegebenen Täter/s: \_\_\_\_\_

**(I) Fremd-Anamnese bzgl. Jugendamt - AKTUELLER FALL**

Besteht bzgl. des aktuellen Falles Kontakt zum Jugendamt? ☐ ja ☐ nein

falls ja:

1. welches JA: \_\_\_\_\_

2. wurden vom JA Maßnahmen getroffen? ☐ ja ☐ nein

falls ja: welche Maßnahmen (z.B. Inobhutnahme): \_\_\_\_\_

3. Waren Sie mit dem JA bzw. mit den Maßnahmen des JA zufrieden? ☐ ja ☐ nein

**(II) Fremd-Anamnese bzgl. Jugendamt**

Besteht oder bestand bereits jemals Kontakt zum Jugendamt? ☐ ja ☐ nein

(nicht aktuellen Fall betreffend)

falls ja:


1. welches JA: \_\_\_\_\_

2. wurden vom JA Maßnahmen getroffen? ☐ ja ☐ nein

falls ja: welche Maßnahmen: \_\_\_\_\_


3. Waren Sie mit dem JA bzw. mit den Maßnahmen des JA zufrieden? ☐ ja ☐ nein

Abbildung 16: Untersuchungsbogen KSA Seite 2



LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Kinderambulanz  
INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN



Dokumentationsbogen

- Allgemeiner Zustand (Psyche), z.B. weinerlich, ängstlich, etc.: \_\_\_\_\_
- Verhalten bei Untersuchung:

☐ kooperativ  
☐ schüchtern  
☐ ängstlich

☐ ablehnend  
☐ altersentsprechend  
☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

1. Allgemeine Anamnese:

- Vorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- bekannte vorbestehende Infektionen, z.B. HIV, Hepatitis, etc.: \_\_\_\_\_
- Medikation: ☐ nein ☐ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Pflege-/Ernährungszustand:

☐ adäquat  
☐ V.a. Vernachlässigung/ungepflegt  
☐ V.a. Gedeih-/Entwicklungsstörung
- Körperlicher Befund:

☐ unauffällig  
☐ siehe Doku-Bogen  
☐ Körpergröße/-gewicht: \_\_\_\_\_


Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz  
Version für Klein- und Vorschulkinder

3


Abbildung 17: Untersuchungsbogen KSA Seite 3

147





**Kinderambulanz**  
INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN



Dokumentationsbogen

**2. Gynäkologische Anamnese:**

- gynäkologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Erster Tag der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_
- Klimakterium: \_\_\_\_\_
- Postmenopausal: \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft: ☐ nein ☐ unbekannt  
☐ wenn ja, SSW: \_\_\_\_\_
- Letzter freiwilliger Sexualkontakt: \_\_\_\_\_
- Verhütung: ☐ nein  
☐ wenn ja, mit: \_\_\_\_\_
- Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

**3. V.a. Vergewaltigung:** ☐ nein ☐ ja


- Art des sexuellen Übergriffs:

Penetration	Ja	Nein	Versucht	Unbekannt	Finger	Penis	Gegenstand
Oral							
Vaginal							
Anal							

- Kondombenutzung: \_\_\_\_\_
- Ejakulation: \_\_\_\_\_
- Gleitmittelbenutzung: \_\_\_\_\_
- Reinigung nach dem Vorfall:
  - ☐ gewaschen/geduscht? ☐ nein ☐ ja
  - ☐ Mund gespült? ☐ nein ☐ ja
  - ☐ Urin gelassen? ☐ nein ☐ ja
  - ☐ Stuhlgang gehabt? ☐ nein ☐ ja

5


Abbildung 19: Untersuchungsbogen KSA Seite 5



LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Kinderambulanz

INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN



Dokumentationsbogen

• **Spuren am Körper:**

☐ durch Küssen, Lecken, Saugen:

☐ nein☐ unbekannt

☐ wenn ja, wo:

☐ durch Beißen:

☐ nein☐ unbekannt

☐ wenn ja, wo:

☐ durch Würgen:

☐ nein☐ unbekannt

☐ ja

4. **Gynäkologische Untersuchung:**

• **Untersuchungstechnik:**

☐ Rückenlage☐ Separation

☐ Traktion

☐ Knie-Ellenbogen-Position☐ Gynäkologischer Stuhl

• **Genitalentwicklung:**

☐ Achselbehaarung:

☐ Schambehaarung:

☐ Bruststadium nach Tanner:




I




II




III


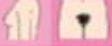

IV




V











• **Genitaler Befund:**

1. Labien:

2. Scheidenbereich:

3. Hymen:


4. Klitoris:

5. Dammbereich:

6


Abbildung 20: Untersuchungsbogen KSA Seite 6

150



LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Kinderambulanz  
INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN




Dokumentationsbogen

- Reifungsperiode (zum Untersuchungszeitpunkt):
  - ☐ Hormonelle Ruheperiode
  - ☐ Präpubertäre Phase
  - ☐ Pubertäre Phase
- Hymenalkonfiguration:
  - ☐ annulär
  - ☐ semilunär
  - ☐ anders:
- Analbefund:

<input type="checkbox"/> Dilatation	<input type="checkbox"/> Fissuren
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> sonstiges:
- Verhalten bei der Untersuchung (Schmerzen, Verkrampfung, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


7

Abbildung 21: Untersuchungsbogen KSA Seite 7



LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Kinderambulanz  
INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN



Dokumentationsbogen

**5. Procedere:**

**Spurensicherung:**

☐ Abriebe Haut (wo genau?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Abriebe Mundhöhle: \_\_\_\_\_

☐ Abriebe Scheide: \_\_\_\_\_

☐ Abriebe After: \_\_\_\_\_

**Asservierung von Fingernägeln:** ☐ nein ☐ ja

**Asservierung der Spuren:** ☐ im Institut ☐ bei betroffener Person

• **Fotodokumentation:** ☐ nein

☐ ja, durch + Verbleib: \_\_\_\_\_

• **Eindruck, dass die zur Untersuchung erschienene Person unter dem Einfluss von**

☐ Alkohol ☐ Drogen/Medikamenten steht?

☐ keine Beeinflussung erkennbar

☐ Blutentnahme (Datum/Uhrzeit/Nr.): \_\_\_\_\_

☐ Urin (Datum/Uhrzeit/Nr.): \_\_\_\_\_

8

Abbildung 22: Untersuchungsbogen KSA Seite 8






		<b>Kinderambulanz INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN</b>																					
		Dokumentationsbogen																					
<p><b>Zusammenfassung der Befunde:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>																							
<p><b>Procedere:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">persönlich</th> <th style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">schriftlich</th> <th style="width: 20%; text-align: center; font-size: small;">telefonisch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Info an Jugendamt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Info an Eltern</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Info an Arzt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Info an Sonstige: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> KoKi</li> <li><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgynäkologie</li> <li><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie</li> <li><input type="checkbox"/> Pädiatrie</li> <li><input type="checkbox"/> Sozial-therapeutische Einrichtung</li> <li><input type="checkbox"/> Jugendamt</li> <li><input type="checkbox"/> Polizei</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges:</li> </ul> <p>Veranlassung durch Untersucher/IRM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Einschaltung von Polizei</li> <li><input type="checkbox"/> Meldung an JA</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges:</li> </ul>					persönlich	schriftlich	telefonisch	Info an Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Info an Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Info an Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Info an Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	persönlich	schriftlich	telefonisch																				
Info an Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Info an Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Info an Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Info an Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>Der Dokumentationsbogen stellt keine gerichtsverwertbare Befundinterpretation dar.</p>																							
9																							

Abbildung 23: Untersuchungsbogen KSA Seite 9

## 9.2 Kategorien nach Adams

**Table 3**  
The 2015 Approach to Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse

Findings Documented in Newborns or Commonly Seen in Nonabused Children*
<p><b>Normal Variants</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal variations in appearance of the hymen <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Annular: Hymenal tissue present all around the vaginal opening including at the 12 o'clock location</li> <li>b. Crescentic hymen: hymenal tissue is absent at some point above the 3 to 9 o'clock locations</li> <li>c. Imperforate hymen: hymen with no opening</li> <li>d. Microperforate hymen: hymen with one or more small openings</li> <li>e. Septate hymen: hymen with one or more septae across the opening</li> <li>f. Redundant hymen: hymen with multiple flaps, folding over each other</li> <li>g. Hymen with tag of tissue on the rim</li> <li>h. Hymen with mounds or bumps on the rim at any location</li> <li>i. <b>Any notch or cleft of the hymen (regardless of depth) above the 3 and 9 o'clock locations</b></li> <li>j. <b>Superficial notches of the hymen at or below the 3 and 9 o'clock locations</b></li> <li>k. Smooth posterior rim of hymen that appears to be relatively narrow along the entire rim</li> </ol> </li> <li>2. Periurethral or vestibular band(s)</li> <li>3. Intravaginal ridge(s) or column(s)</li> <li>4. External ridge on the hymen</li> <li>5. Linea vestibularis (midline avascular area)</li> <li>6. Diastasis ani (smooth area)</li> <li>7. Perianal skin tag(s)</li> <li>8. Hyperpigmentation of the skin of labia minora or perianal tissues in children of color</li> <li>9. Dilatation of the urethral opening</li> </ol> <p>Findings commonly caused by medical conditions other than trauma or sexual contact<sup>1</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Erythema of the genital tissues</li> <li>11. increased vascularity of vestibule and hymen</li> <li>12. Labial adhesion</li> <li>13. Friability of the posterior fourchette</li> <li>14. Vaginal discharge</li> <li>15. <b>Molluscum contagiosum</b></li> <li>16. Anal fissure(s)</li> <li>17. Venous congestion or venous pooling in the perianal area</li> <li>18. Anal dilatation in children with predisposing conditions, such as current symptoms or history of constipation and/or encopresis, or children who are sedated, under anesthesia or with impaired neuromuscular tone for other reasons, such as post-mortem</li> </ol> <p><b>Conditions mistaken for abuse</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Urethral prolapse</li> <li>20. Lichen sclerosus et atrophicus</li> <li>21. Vulvar ulcer(s)</li> <li>22. Erythema, inflammation, and fissuring of the perianal or vulvar tissues due to Infection with bacteria, fungus, viruses, parasites, or other infections that are not sexually transmitted</li> <li>23. Failure of midline fusion, also called perineal groove</li> <li>24. Rectal prolapse</li> <li>25. <b>Visualization of the pectinate/dentate line at the juncture of the anoderm and rectal mucosa</b></li> <li>26. <b>Partial dilatation of the external anal sphincter, with the internal sphincter closed, causing the appearance of deep creases in the perianal skin</b></li> <li>27. <b>Red/purple discoloration of the genital structures (including the hymen) from lividity post-mortem, confirmed by histological analysis.</b></li> </ol>
Findings With No Expert Consensus on Interpretation With Respect to Sexual Contact or Trauma <sup>1</sup>
<ol style="list-style-type: none"> <li>28. Complete anal dilatation with relaxation of both the internal and external anal sphincters, in the absence of other predisposing factors such as constipation, encopresis, sedation, anesthesia, and neuromuscular conditions</li> <li>29. <b>Notch or cleft in the hymen rim, at or below the 3 or 9 o'clock location, which is deeper than a superficial notch and may extend nearly to the base of the hymen, but is not a complete transection. Complete clefts/transsections at 3 or 9 o'clock are also findings with no expert consensus in interpretation.</b></li> <li>30. Genital or anal condyloma acuminatum in the absence of other indicators of abuse; <b>lesions appearing for the first time in a child older than 5 years may be more likely to be the result of sexual transmission<sup>22</sup></b></li> <li>31. Herpes type 1 or 2, confirmed by culture or PCR testing, in the genital or anal area of a child with no other indicators of sexual abuse<sup>22</sup></li> </ol>

(continued)

**Table 3 (continued)**

Findings Caused by Trauma and/or Sexual Contact <sup>3</sup>
<p>Acute trauma to external genital/anal tissues, which could be accidental or inflicted</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>32. Acute laceration(s) or bruising of labia, penis, scrotum, perianal tissues, or perineum</li> <li>33. Acute laceration of the posterior fourchette or vestibule, not involving the hymen</li> </ol> <p>Residual (healing) injuries to external genital/anal tissues (These rare findings are difficult to diagnose unless an acute injury was previously documented at the same location.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>34. Perianal scar</li> <li>35. Scar of posterior fourchette or fossa</li> </ol> <p><b>Injuries indicative of acute or healed trauma to the genital/anal tissues</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>36. Bruising, <b>petechiae, or abrasions</b> on the hymen</li> <li>37. Acute laceration of the hymen, of any depth; partial or complete</li> <li>38. <b>Vaginal laceration</b></li> <li>39. <b>Perianal laceration with exposure of tissues below the dermis</b></li> <li>40. <b>Healed hymenal transection/complete hymen cleft- a defect in the hymen between 4 o'clock and 8 o'clock that extends to the base of the hymen, with no hymenal tissue discernible at that location.</b></li> <li>41. A defect in the posterior (inferior) half of the hymen wider than a transection with an absence of hymenal tissue extending to the base of the hymen.</li> </ol> <p><b>Infections transmitted by sexual contact, unless there is evidence of perinatal transmission or clearly, reasonably and independently documented but rare nonsexual transmission</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>42. Genital, rectal or pharyngeal <i>Neisseria gonorrhoeae</i> infection</li> <li>43. Syphilis</li> <li>44. Genital or rectal <i>Chlamydia trachomatis</i> infection</li> <li>45. <i>Trichomonas vaginalis</i> infection</li> <li>46. HIV, if transmission by blood transfusion has been ruled out</li> </ol> <p>Diagnostic of sexual contact</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>46. Pregnancy</li> <li>47. Semen identified in forensic specimens taken directly from a child's body</li> </ol>

Abbildung 24: Kategorien nach Adams (36)

## 10 Curriculum vitae

## **11 Danksagung**

Ich danke dem Institut für Rechtsmedizin, insbesondere Herrn Prof. Dr. med. Matthias Graw, Herrn Manfred Wimmer, Frau Dipl. Bio. Stefanie Lochner, Frau Anna Schwarzer und dem Team der Kinderschutzambulanz.

Ich danke meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel, dafür, dass Sie mir die Chance gegeben hat Einblicke in ihre Arbeit zu bekommen. Elisabeth, ich danke dir für alles, was du mir beigebracht hast und für das Vertrauen, dass du mir über all die Jahre entgegengebracht hast.

Ich danke meiner Betreuerin, Frau Dr. med. Claudia Bormann, für Zuspruch, Vertrauen und den allwährenden Glauben an mich.

Mein besonderer Dank gilt meinen großartigen Eltern Sabine und Robert, meinen Geschwistern Anna und Joram, meiner geliebten Omelie und meiner gesamten Großfamilie. Ohne euch könnte ich meinen Traum nicht leben. Eure Liebe ist die Basis meines Lebens.

Ich danke meinen Freunden dafür, dass ihr, auch in den so dunklen Stunden, immer für mich da wart und seid.

## **12 Eidesstaatliche Versicherung**

Brandau, Lea-Marie

Ich erkläre hiermit an Eides statt,  
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema „Die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München-eine Zusammenschau der medizinischen Befunde sexuell und körperlich misshandelter Kinder und Jugendlicher“, selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 29.10.2018

Lea-Marie Brandau